

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Aneta Klásková

Citová vazba a riziko poruch příjmu potravy u žen

Attachment and Eating Disorder Risk in Women

Praha 2021

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph.D.

Poděkování

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Kataríně Lonekové, Ph.D. za odborné vedení práce, věcné připomínky, vstřícnost a trpělivost. Velké poděkování patří rovněž PhDr. Pavle Bergmannové za podporu (nejen) při psaní práce, za ochotné poskytování konzultací a cenných rad. Moc děkuji také Bc. Janu Netíkovi za obrovskou pomoc především s výzkumnou částí práce, bez které bych byla ztracená. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat Eduardu Tisoňovi, MSc za korekturu práce a neustálé povzbuzování k psaní. Velké díky patří také všem respondentkám za jejich čas a ochotu podílet se na výzkumu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 14. dubna 2021

.....
Bc. Aneta Klásková

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá souvislostmi mezi citovou vazbou a poruchami příjmu potravy (PPP) u žen. Je rozdělena do dvou částí – literárně přehledové a výzkumné. V literárně přehledové části definujeme hlavní oblasti této práce, tj. poruchy příjmu potravy a koncept citové vazby neboli attachmentu. Výzkumná část práce je koncipována jako kvantitativní výzkum. Stanovili jsme si tři hlavní cíle: 1) zjistit vztah mezi rizikem PPP a dimenzí vztahové vyhybavosti – úzkostnosti v rámci konceptu citové vazby, 2) zjistit vztah mezi rizikem PPP a ranými vzpomínkami na vřelost a bezpečí a 3) zjistit, zda dimenze vztahové vyhybavosti – úzkostnosti v rámci konceptu citové vazby a rané vzpomínky na vřelost a bezpečí zvyšují pravděpodobnost PPP. Výzkum byl realizován prostřednictvím online dotazníkového šetření. Výzkumný soubor tvořilo 570 žen v období mladé dospělosti (ve věku od 20 do 30 let). Pro účely tohoto výzkumu byl využit Test jídelních postojů EAT-26, Škála ECR a Škála EMWSS. Výsledky ukázaly, že u našeho výzkumného souboru existuje statisticky významný pozitivní vztah mezi dimenzí vztahové vyhybavosti škály ECR a subškálami „bulimie a nadměrné zabývání se jídlem“ a „orální kontrola“ dotazníku EAT-26. Také byl nalezen statisticky významný pozitivní vztah mezi dimenzí vztahové úzkostnosti škály ECR a subškálami „anorexie a dietní chování“ a „bulimie a nadměrné zabývání se jídlem“ dotazníku EAT-26. Dále bylo zjištěno, že rané vzpomínky na vřelost a bezpečí zjišťované škálou EMWSS statisticky významně negativně korelují s rizikem PPP dle dotazníku EAT-26. Z výsledků rovněž vyplynulo, že je dimenze vztahové vyhybavosti – úzkostnosti škály ECR statisticky signifikantním prediktorem PPP reportovaných ženami.

Klíčová slova

citová vazba, vztahová úzkostnost, vztahová vyhybavost, poruchy příjmu potravy, mladá dospělost

Abstract

The thesis deals with connections between attachment and eating disorders (EDs) in females. It is divided into two sections – literature review and research. In the literature review, we define key subjects of the thesis, i.e. eating disorders and the concept of attachment. The research section is based on quantitative research. The research aims to explore 1) the relationship between ED risk and the dimension of attachment avoidance – anxiety within the concept of attachment, 2) the relationship between ED risk and early memories of warmth and safeness, and 3) if the dimension of attachment avoidance – anxiety within the concept of attachment and early memories of warmth and safeness increase the probability of EDs. The research was conducted via online questionnaire survey. The research sample consisted of 570 females in young adulthood (aged 20–30). The measures used in the research include Eating Attitudes Test (EAT-26), the ECR scale, and the EMWSS scale. The findings for our research sample suggest a statistically significant positive relationship between the dimension of attachment avoidance in the ECR scale and “Bulimia and Food Preoccupation” and “Oral Control” subscales in EAT-26. There has also been found a statistically significant positive relationship between the dimension of attachment anxiety in ECR and “Dieting” and “Bulimia and Food Preoccupation” subscales in EAT-26. It has also been found that there is a statistically significant negative correlation between early memories of warmth and safeness measured by the EMWSS scale and ED risk measured by EAT-26. The findings also suggest that the dimension of attachment avoidance – anxiety in the ECR scale is a statistically significant predictor of EDs reported by females.

Keywords

attachment, attachment anxiety, attachment avoidance, eating disorders, young adulthood

Obsah

Seznam zkratk	7
Úvod	8
LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST	10
1 Poruchy příjmu potravy	10
1.1 Vymezení	10
1.1.1 Mentální anorexie	12
1.1.2 Mentální bulimie	13
1.1.3 Záchvatovité přejídání	14
1.1.4 Další PPP	15
1.2 Výskyt	16
1.3 Rizikové faktory	17
1.3.1 Věk	18
1.3.2 Jídelní postoje	18
1.3.3 Genetické faktory	18
1.3.4 Rodina	19
1.3.5 Povahové rysy	22
1.3.6 Sociokulturní vlivy	22
1.4 Důsledky	23
1.5 Léčba poruch příjmu potravy	24
1.5.1 Attachment v terapii PPP	25
2 Attachment	27
2.1 Teorie attachmentu	27
2.1.1 Psychoanalytická teorie	28
2.1.2 Teorie učení	28
2.1.3 Kognitivně-vývojová teorie	29
2.1.4 Etologické teorie	29
2.2 Hlavní představitelé	30
2.2.1 John Bowlby	30
2.2.2 Mary Ainsworthová	31
2.3 Typy attachmentu	33
2.3.1 Jistá citová vazba (secure attachment)	34
2.3.2 Distancovaně vyhýbavá citová vazba (dismissing avoidant attachment)	34
2.3.3 Nadměrně zaujatá (úzkostná) citová vazba (preoccupied attachment)	35

2.3.4	Bázlivě vyhýbavá citová vazba (fearful avoidant attachment)	35
2.3.5	Žádný attachment	36
2.4	Vývoj citové vazby u člověka	36
3	Souvislost mezi citovou vazbou a poruchami příjmu potravy	39
	VÝZKUMNÁ ČÁST	42
4	Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy nebo výzkumné otázky	42
5	Design výzkumného projektu	44
5.1	Typ výzkumu	44
5.2	Metody získávání dat	44
5.2.1	Test jídelních postojů EAT-26	45
5.2.2	Škála ECR	47
5.2.3	Škála raných vzpomínek na vřelost a bezpečí EMWSS	48
5.3	Etika výzkumu	49
5.4	Průběh výzkumu	50
5.5	Výzkumný soubor	50
5.6	Metody zpracování a analýzy dat	58
6	Výsledky	58
6.1	Deskriptivní statistiky	58
6.2	Testování hypotéz	63
7	Diskuse	69
7.1	Diskuse výsledků výzkumu	69
7.2	Limity výzkumu	76
7.3	Doporučení	77
7.4	Přínos	78
	Závěr	79
	Seznam použité literatury	80
	Seznam tabulek a grafů	88
	Seznam příloh	89
	Přílohy	90
	Příloha 1: Test jídelních postojů EAT-26	90
	Příloha 2: Škála ECR	91
	Příloha 3: Škála raných vzpomínek na vřelost a bezpečí EMWSS	93
	Příloha 4: Ověření předpokladů logistické regrese	94
	Příloha 5: Popis výzkumného souboru – dodatečné slovní odpovědi	95

Seznam zkratek

APA	Americká psychologická asociace
BED	Záchvatovité přejídání (Binge Eating Disorder)
BMI	Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index)
DSM	Diagnostický a statistický manuál
EDNOS	Jinak nspecifikované poruchy příjmu potravy (Eating Disorder Not Otherwise Specified)
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PPP	Poruchy příjmu potravy

Úvod

Tématem této diplomové práce je citová vazba a riziko poruch příjmu potravy u žen v mladém dospělí. Poruchy příjmu potravy jsou psychiatrická onemocnění, která jsou charakterizována vážným narušením stravovacího chování a tělesné váhy (Schmidt et al., 2016). Výrazně zhoršují kvalitu života a mohou vést k množství psychických a somatických obtíží a v některých případech až k úmrtí postiženého. Jde o onemocnění, která jsou celosvětově velmi rozšířená, a to obzvláště u žen. Jejich prevalence navíc neustále stoupá. Z výsledků nedávné metaanalytické studie vyplývá, že je celoživotní prevalence poruch příjmu potravy u žen 8,4 % a u mužů 2,2 %, což jsou alarmující čísla (Galmiche, Déchelotte, Lambert & Tavolacci, 2019). Poruchou příjmu potravy trpí přibližně každá šestá až sedmá mladá žena (Hay, Girosi & Mond, 2015).

Krch (2007, s. 420) uvádí, že „*poruchy příjmu potravy (PPP) patří mezi nejčastější a ve svých důsledcích a dlouhodobém průběhu i nejzávažnější onemocnění dospívajících děvčat a mladých žen*“. Nástup poruch příjmu potravy obvykle nastává ve věku 15–25 let, tedy ve vývojově citlivém období adolescence a mladém dospělí (Schmidt et al., 2016). Mezi nejběžnější poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie. Existuje však celá řada méně známých či častých poruch, které zatím nejsou zařazeny do aktuální desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Jde například o záchvatovité přejídání, noční přejídání, ortorexii, drunkorexii či bigorexii (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017).

Poruchy příjmu potravy jsou onemocnění s multifaktoriální etiologií. Udává se, že jeden z nejrizikovějších vlivů představuje rodina nemocného (Marádová, 2007). Z tohoto důvodu jsme se rozhodli zaměřit na koncept citové vazby neboli attachmentu, který bývá definován jako jedinečné a trvalé pouto mezi dítětem a jeho primárním pečovatelem, nejčastěji matkou (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Toto pouto se začíná utvářet v raném dětství a představuje jeden ze stěžejních faktorů vývoje osobnosti. Od jeho pevnosti a kvality se odvíjí jedincovo prožívání a vnímání světa. Nejistá citová vazba bývá dávána do spojitosti s různými typy psychopatologie (Kulísek, 2000). Souvislost citové vazby a poruch příjmu potravy se začala zkoumat poměrně nedávno. Ukazuje se však, že jde o důležitou oblast výzkumu, která nám může pomoci porozumět potenciálním důvodům rozvoje stravovacích problémů a jejich udržování (Tasca, 2019).

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí – literárně přehledové a výzkumné. Literárně přehledová část se skládá ze tří oddílů. V prvním z nich se věnujeme poruchám příjmu

potravy, konkrétně jejich vymezení, představení jednotlivých poruch, dále pak jejich výskytu, rizikovým faktorům (zde se zaměřujeme převážně na faktory rodinné), možným důsledkům a možnostem léčby. V druhém oddílu se zabýváme citovou vazbou neboli attachmentem. Nejprve tento koncept představujeme, poté uvádíme klíčové teorie attachmentu, zmiňujeme hlavní představitele, charakterizujeme jednotlivé typy citové vazby a v závěru popisujeme vývoj attachmentu u člověka. V posledním oddílu uvádíme přehled vybraných dosavadních výzkumných studií zaměřujících se na zkoumání vztahu mezi citovou vazbou a poruchami příjmu potravy.

Ve výzkumné části práce se zaměřujeme na zjišťování souvislosti mezi citovou vazbou a rizikem poruch příjmu potravy u žen (z neklinické populace) ve věku 20 až 30 let, tedy v rizikovém období mladé dospělosti. Původně jsme měli v plánu orientovat se na klinickou populaci, ale vzhledem k restrikcím spojeným s pandemií viru SARS-CoV-2 jsme byli nuceni od tohoto původního plánu ustoupit. Cílem práce je navázat na dřívější výzkumy a přispět novými poznatky z českého prostředí, které napomohou lepšímu porozumění dané problematiky. V práci vycházíme převážně ze zahraničních zdrojů a doplňujeme je zdroji českými, jelikož je v České republice zájem o námi zvolené téma zatím omezený a zahraniční zdroje jsou podstatně dostupnější. Citujeme podle normy APA (2019).

LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy můžeme definovat jako „*stavy, které vedou v déletrdobé perspektivě k narušení rovnováhy mezi příjmem a výdejem energie a k patologické změně tělesné hmotnosti*“ (Kaňková, 2005, s. 52). Jedná se o bio-psycho-sociální onemocnění, která vznikají vzájemným působením biologických, psychických a sociálních faktorů, nejčastěji na základě interakce určitých dispozic s vnějšími zátěžovými vlivy (Vágnerová, 2004).

Poruchy příjmu potravy jsou považovány za jedny z nejčastějších a nejzávažnějších onemocnění postihující dospívající dívky a mladé ženy. Vzhledem k tomu mají významný vliv na formování osobnosti postižených a na jejich pracovní a sociální dovednosti (Krch, 2007). Poruchy příjmu potravy mají vážné tělesné, psychické a sociální dopady. Výrazně narušují nejenom život nemocného, ale nesou s sebou značné důsledky rovněž pro jeho sociální okolí (Krch, 1999).

Mezi nejznámější poruchy příjmu potravy patří zejména mentální anorexie a mentální bulimie. Existuje ale řada dalších, jako je například atypická mentální anorexie, atypická mentální bulimie, záchvatovité přejídání, pica, ruminační porucha či vyhýbavá a restriktivní porucha příjmu potravy. Zde však záleží na zvoleném klasifikačním systému. V každém z nich jsou totiž jednotlivá onemocnění kategorizována odlišně.

1.1 Vymezení

Mezi nejběžnější klasifikační systémy patří Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) a Diagnostický a statistický manuál (DSM). Zatímco MKN se používá především v klinické praxi, DSM je využíván spíše ve výzkumu a publikační činnosti (Krch, 1999). Nicméně ve Spojených státech amerických je DSM běžně využíván také v klinické praxi. Jak už bylo zmíněno výše, klasifikace jednotlivých onemocnění a jejich diagnostická kritéria se odvíjejí od toho, jaký systém si zvolíme.

V aktuální desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jsou poruchy příjmu potravy označeny kódem F50 a spadají pod syndromy poruch chování, spojené

s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Dle MKN-10 (World Health Organisation, 2008) do této skupiny onemocnění spadají následující poruchy:

- mentální anorexie (F50.0),
- atypická mentální anorexie (F50.1),
- mentální bulimie (F50.2),
- atypická mentální bulimie (F50.3),
- přejídání spojené s psychologickými poruchami (F50.4),
- zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami (F50.5),
- jiné poruchy příjmu potravy (F50.8)
- a porucha příjmu potravy NS (pica u dospělých, psychogenní ztráta chuti k jídlu; F50.9).

V současné době je připravována 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11), která by měla být uvedena v platnost v roce 2022. Doposud byla představena pouze její předběžná verze. V této nové verzi jsou navrhovány změny dosavadní klasifikace poruch příjmu potravy, které by měly vést k přesnějšímu rozlišování jednotlivých poruch. V MKN-11 pravděpodobně budou sloučeny poruchy příjmu potravy a poruchy jídelního chování do jedné kategorie (v souladu s DSM). Předběžně tam spadají následující poruchy:

- mentální anorexie,
- mentální bulimie,
- záchvatovité přejídání,
- vyhubavá a restriktivní porucha příjmu potravy,
- pica,
- a ruminační porucha (Claudino et al., 2019).

Podle Diagnostického a statistického manuálu (DSM-V) vydávaného Americkou psychiatrickou asociací se do skupiny poruch příjmu potravy a jídelního chování řadí:

- pica,
- ruminační porucha,
- vyhubavá a restriktivní porucha příjmu potravy,
- mentální anorexie (restriktivní a purgativní typ),
- mentální bulimie,
- záchvatovité přejídání,

- jiné specifikované poruchy příjmu potravy a jídelního chování
- a nespecifikované poruchy příjmu potravy a jídelního chování (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský & Radek, 2015).

V dalších kapitolách se zaměříme na nejčastější z výše zmíněných poruch, kde se jimi budeme věnovat podrobněji.

1.1.1 Mentální anorexie

Pro mentální anorexii (MA) je charakteristický postupný úbytek váhy, který je záměrný a udržovaný. U pacientek se typicky objevuje obava z tloušťky, jež mívá podobu ovládací až nutkavé myšlenky. Vlivem úmyslného ubývání na váze dochází k narušení tělesných funkcí, podvýživě a sekundárním endokrinním a metabolickým změnám (Navrátilová & Hamrová, 2009). MA se nejčastěji objevuje u adolescentních dívek a žen v mladém věku, postihnout však může rovněž starší ženy, děti a muže. Podle MKN-10 mezi hlavní příznaky tohoto onemocnění patří omezený výběr jídla, nadměrná tělesná činnost, vyvolávání zvracení a průjmu a užívání anorektik a diuretik (tj. přípravků na hubnutí a léků na zvyšování tvorby a vylučování moči) (World Health Organisation, 2008).

Obecně se rozlišují 2 typy mentální anorexie – restriktivní a purgativní. Pacientky s restriktivním typem MA dosahují nízké váhy extrémně sníženým příjmem potravy, tzn. hladověním. U pacientek s purgativním podtypem MA se naopak střídá období hladovění a období přejídání. Objevuje se rovněž zvracení (Meisnerová, 2013).

Diagnostická kritéria podle MKN-10

- 1) Úbytek váhy (nebo u dětí chybění přírůstku váhy), vedoucí ke snížení tělesné hmotnosti nejméně o 15 % oproti normální či očekávané váze pro daný věk a výšku nebo index tělesné hmotnosti (Body Mass Index; BMI) s hodnotou 17,5 a méně.
- 2) Ztráta váhy způsobená vyhýbáním se určitým jídlům, vyprovokovaným zvracením, nadměrným cvičením nebo užíváním anorektik, laxativ, diuretik apod.
- 3) Obava z tloušťky, z váhy, z jídla. Vnímání sebe sama jako tlusté/tlustého, s obavou z dalšího tloustnutí.
- 4) U žen amenorea (chybění menstruace), u mužů ztráta sexuálního zájmu a potence.

- 5) Opoždění nebo zastavení projevů puberty, pokud onemocnění vznikne před pubertou (World Health Organisation, 2008).

Specifickým typem mentální anorexie je tzv. atypická mentální anorexie. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí jde o poruchu, která splňuje pouze některá kritéria MA, ale u níž celkový klinický obraz neopравňuje k udělení této diagnózy, např. chybí strach z tloušťky, ale vyskytuje se chování směřující k úbytku váhy (World Health Organisation, 2008).

1.1.2 Mentální bulimie

Podstatou mentální bulimie (MB) jsou opakované a nekontrolovatelné záchvaty příjmu velkého množství často kaloricky bohaté potravy. Po těchto záchvatech se u nemocných zpravidla objevují pocity viny a tělesného diskomfortu. Z tohoto důvodu obvykle následuje fáze kompenzačního chování, kdy se nemocný snaží potlačit kalorický účinek jídla nejčastěji navozeným zvracením, případně užitím laxativ (projímadel) či jiných léků. Následkem opakovaného zvracení dochází k poruchám elektrolytové rovnováhy a jiným somatickým komplikacím. Je poměrně časté, že se MB objevuje společně s MA nebo se postupně rozvine v rámci několika měsíců až let po vzniku MA (Navrátilová & Hamrová, 2009). Mentální bulimie má rovněž několik společných psychologických rysů s MA, například nadměrné pozorování vlastní váhy a tělesného tvaru (World Health Organisation, 2008). U bulimie se však na rozdíl od mentální anorexie většinou neobjevuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti, někdy naopak dochází ke zvýšení váhy nebo k jejímu častému kolísání (Krch, 2007).

Diagnostická kritéria podle MKN-10

- 1) Opakované epizody přejídání (minimálně 2× týdně po dobu 3 měsíců), při nichž dochází ke konzumaci velkého množství jídla v krátkém časovém úseku.
- 2) Neustálé zabývání se jídlem.
- 3) Snaha zamezit přibývání na váze vyprovokovaným zvracením, užíváním léků (laxativa, diuretika apod.) a střídavými obdobími hladovění.
- 4) Chorobné obavy z tloušťky (World Health Organisation, 2008).

Stejně jako MA má i MB svou atypickou formu. Pod tuto diagnózu opět spadají poruchy, které splňují jen některá kritéria MB, ale celkový klinický obraz tuto diagnózu nedovoluje,

např. se objevují opakované záchvaty přejídání, ale chybí zvýšený zájem o tělesnou hmotnost a proporce (World Health Organisation, 2008).

1.1.3 Záchvatovité přejídání

Pro záchvatovité přejídání (binge eating disorder, BED) jsou typické opakované epizody záchvatů přejídání, které na rozdíl od MB nevedou ke kompenzačnímu chování (např. zvracení, zneužívání laxativ) (Dingemans, A., Bruna, M. & van Furth, 2002). Ačkoliv se BED netýká pouze jedinců s obezitou, vyskytuje se nejčastěji právě u této skupiny osob (de Zwaan, 2001). Nemocní s touto poruchou vykazují prokazatelně nižší kvalitu života a vnímaného zdraví a vyšší psychologický distres v porovnání s obézní populací bez BED (Amianto, Ottone & Abbate Daga, 2015). Záchvatovité přejídání je rovněž spojeno se zvýšenou psychopatologií včetně deprese a poruch osobnosti (de Zwaan, 2001). Na rozdíl od mentální anorexie a mentální bulimie, které postihují převážně ženy, je BED běžné u obou pohlaví. (Guerdjikova et al., 2014).

BED je onemocněním, které není specifikováno v MKN-10. Z tohoto důvodu uvádíme diagnostická kritéria podle DSM-V.

Diagnostická kritéria podle DSM-V

- 1) Opakované epizody přejídání charakterizované:
 - a. konzumací většího množství jídla během krátkého časového období (méně než 2 hodiny),
 - b. pocitem ztráty kontroly nad jídlem (např. pocit, že člověk nebude moci přestat jíst).
- 2) Záchvaty přejídání jsou spojeny se 3 a více z následujících znaků:
 - a. jídlo je konzumováno rychleji, než je běžné,
 - b. jezení až do pocitu nepříjemné plnosti,
 - c. jezení velkého množství jídla bez přítomnosti fyzického hladu,
 - d. jezení o samotě z důvodu studu za množství zkonsumovaného jídla,
 - e. pocity znechucení ze sebe samého, deprese, pocity viny po přejedení.
- 3) Přítomná úzkost je spojena se záchvatovitým přejídáním.
- 4) Záchvaty přejídání se průměrně objevují minimálně 1x týdně po dobu 3 měsíců.

- 5) Záchvatovité přejídání není spojeno s nevhodným kompenzatorním chováním a neobjevuje se výlučně v průběhu mentální anorexie a bulimie (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, & Radek, 2015).

1.1.4 Další PPP

V nedávné době se začalo objevovat množství nových poruch jídelního chování jako je ortorexie a bigorexie, které se obvykle objevují ve vyspělých zemích. Jde o poruchy, které však doposud nebyly oficiálně uznány jako samostatné diagnózy (Catalina Zamora, Bonaechea, Sánchez & Rial, 2005). Tyto poruchy zatím nejsou zařazeny do MKN a někteří odborníci o jejich existenci pochybují. Například Papežová (2010) se domnívá, že jsou tyto diagnózy používány laickou veřejností k zakrytí již existujících poruch.

Ortorexie (orthorexia nervosa) je onemocněním, které se vyznačuje patologickou posedlostí „biologicky čistým“ jídlem, což vede k závažným stravovacím restrikcím. Lidé s ortorexií ze svého jídelníčku vyčleňují všechny potraviny, které považují za nezdravé a nečisté (kvůli obsahu herbicidů, pesticidů, umělých látek) a nadměrně se zabývají technikami jejich zpracování. Z počátku jde obvykle o snahu zlepšit si zdraví, vyléčit onemocnění nebo snížit tělesnou hmotnost. Postupně se však stravování dostává do centra pozornosti a stává se nejdůležitější věcí v životě člověka. Tento obsesivní zájem o jídlo vede ke ztrátě sociálních vztahů a může zapříčinit vážné psychické a fyzické obtíže (Catalina Zamora, Bonaechea, Sánchez & Rial, 2005).

Pro bigorexii neboli svalovou dysmorfii je charakteristické zaujetí vlastní postavou. Nemocní s bigorexií se domnívají, že jejich tělo není dostatečně štíhlé a svalnaté, ačkoliv vypadají normálně či svalnatě. V důsledku toho využívají nutkavého chování (nadměrné cvičení, držení diet, nadměrné užívání doplňků stravy apod.) s cílem získat požadovanou postavu. Toto onemocnění se týká převážně mužů a stejně jako ortorexie vede ke ztrátě sociálních kontaktů z důvodu nutkové potřeby dodržovat rigidní stravovací a cvičební plán (Cerea, Bottesi, Pacelli, Paoli & Ghisi, 2018).

Termín drunkorexie popisuje výskyt opakovaného nevhodného kompenzatorního chování (např. držení půstů, navozované zvracení) s cílem zamezit přibývání na váze vlivem konzumace alkoholu (Hunt & Forbush, 2016). Toto onemocnění je rozšířeno převážně mezi mladými ženami (Chambers, 2008).

Pregorexie je poruchou postihující těhotné ženy. Spočívá v záměrném omezování příjmu energie a nadměrném cvičení v období těhotenství kvůli strachu z příbytku na váze a ze změn tělesného vzhledu, což může způsobit závažné komplikace pro matku i plod (Tunçer, Bayındır Gümüş & Keser, 2020).

Diabulimie je poruchou příjmu potravy u jedinců s diabetem I. typu. Podstatou tohoto onemocnění je omezování či vynechávání dávky inzulínu za účelem kontroly nebo snížení váhy. Ukazuje se, že se s diabulimií může potýkat až 20 % žen s cukrovkou I. typu (Chelvanayagam & James, 2018).

1.2 Výskyt

Jak jsme již uváděli v předchozích kapitolách, poruchy příjmu potravy patří mezi nejčastější duševní onemocnění dívek a mladých žen (Krch, 2007). Ačkoliv jde o relativně běžná onemocnění, bývají často opomíjena, přestože se pojí s vysokou komorbiditou a vážnými zdravotními důsledky. Keski-Rahkonen a Mustelin ve své studii z roku 2016 uvádějí, že se mentální anorexie vyskytuje u 1–4 % evropských žen, mentální bulimie u 1–2 % evropských žen a záchvatovité přejídání u 1–4 % žen. PPP jako celek se oproti tomu objevují pouze u 0,3–0,7 % mužů. Podobné údaje uvádějí autoři nizozemské studie z roku 2013. Celoživotní prevalence mentální anorexie u žen podle nich může být až 4 % a mentální bulimie až 2 %, průměrná prevalence záchvatovitého přejídání byla rovněž 2 % (Smink, van Hoeken & Hoek, 2013). Autoři nedávné přehledové studie z roku 2019 zjišťovali prevalenci PPP a její změny v průběhu času. Analyzovali přes sto studií z let 2000–2018 a došli k závěru, že jsou PPP celosvětově velmi rozšířené, obzvláště pak u žen. Průměrná celoživotní prevalence PPP u žen byla 8,4 % a u mužů 2,2 %. Celková prevalence se zvýšila z 3,5 % během let 2000–2006 na 7,8 % během let 2013–2018, což poukazuje na závažný problém (Galmiche, Déchelotte, Lambert & Tavoracci, 2019).

Co se týče komorbidity, přes 70 % jedinců s poruchami příjmu potravy vykazuje komorbidní onemocnění jako jsou úzkostné poruchy, poruchy nálady, sebepoškozování a užívání návykových látek (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). PPP se rovněž pojí s vyšší mortalitou, za nejvíce rizikovou je považována MA (Smink, van Hoeken & Hoek, 2012). Autoři německé studie z roku 2016 zkoumající úmrtnost na vzorku hospitalizovaných pacientů s PPP (N = 5 839) tuto informaci potvrdili. Jejich cílem bylo podat zprávu o dlouhodobé mortalitě u mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovitého

přejídání (BED) a jinak nespecifikovaných poruch příjmu potravy (EDNOS). Úmrtnost byla vyjádřena pomocí tzv. standardizovaného poměru úmrtnosti (SMR) – epidemiologické veličiny, která udává poměr pozorovaných úmrtí ve studované populaci vzhledem k očekávaným úmrtím v původní populaci. Autoři potvrdili, že úmrtnost u MA je nadměrná a podstatně vyšší, než u ostatních zkoumaných PPP (SMR pro MA bylo 5,35; pro MB 1,49; pro BED 1,50; pro úzce definované EDNOS 2,39 a 1,70 pro široce definované EDNOS). Pacienti s MA umírali dříve než pacienti s ostatními zkoumanými PPP. Mezi hlavní prediktory předčasného úmrtí patřila například diagnóza MA, chronicita, rozvoj onemocnění ve vyšším věku a nežítí v partnerském vztahu. Pacienti s MA ve většině případů umírali z přirozených příčin spojených s onemocněním. Suicidalita byla prediktorem předčasného úmrtí pouze u MB (Fichter & Quadflieg, 2016).

Zatímco incidence mentální anorexie (tzn. počet nově nemocných za určitý časový úsek) za posledních několik desetiletí zůstává poměrně stabilní, dochází k jejímu zvýšení u vysoce rizikové skupiny dívek ve věku 15–19 let. Naproti tomu u MB incidence spíše klesá (Smink, van Hoeken & Hoek, 2012). Z výsledků britské studie z roku 2013 naopak vyplývá, že incidence MA a MB zůstává stabilní, zatímco incidence EDNOS stoupá. Výzkumný vzorek sestával z 9 072 pacientů (ve věku 10–49 let) s poprvé diagnostikovanou PPP. Incidence diagnostikovaných PPP byla nejvyšší u 15letých až 19letých dívek a u 10letých až 14letých chlapců (Micali, Hagberg, Petersen & Treasure, 2013).

1.3 Rizikové faktory

Poruchy příjmu potravy jsou onemocnění s multifaktoriální podmíněností, což znamená, že se na jejich vzniku podílí řada různých faktorů, které spolu navzájem interagují. Tyto faktory se však obtížně hodnotí a klasifikují (Krch, 2002).

Riziková je disponovanost k držení diet, která se pojí s ženským pohlavím, předčasnou nebo naopak opožděnou fyzickou zralostí, nevhodným rozložením tělesného tuku, jídelním chováním referenčního prostředí, nepřiměřeným důrazem na výkon a vzhled, náchylností k nadváze, určitými zájmovými či profesními aktivitami a podobně. Dále zde hrají roli rovněž osobní, rodinné a sociální charakteristiky (Krch, 2007). Níže se blíže věnujeme některým z rizikových faktorů pro rozvoj PPP:

1.3.1 Věk

Výsledky vědeckých výzkumů naznačují, že nástup poruch příjmu potravy vrcholí ve věku 15–25 let, tedy v období adolescence až mladé dospělosti (Schmidt et al., 2016). To může souviset s tím, že je dospívání spojeno s nástupem tělesných změn, které přirozeně vzbuzují nejistotu, úzkost a někdy dokonce strach. Rovněž dochází k sociálním změnám, které přinášejí stres, jež je často vyvažován zvýšenou kontrolou těla a příjmu potravy. Roli zde hraje také zvýšený zájem o vrstevníky a touha zalíbit se (Marádová, 2007; Krch, 2008). V současné době můžeme pozorovat snižující se trend nástupu onemocnění, což znamená, že se tyto poruchy začínají objevovat v nižším věku než dříve (Favaro, Busetto, Collantoni & Santonastaso, 2019).

1.3.2 Jídelní postoje

Jídelní postoje mohou být definovány jako přesvědčení, myšlenky, pocity a způsoby chování týkající se jídla a vztahu k němu (Alvarenga, Scagliusi & Philippi, 2010). Dos Santos Alvarenga, Scagliusi & Philippi (2010) uvádějí, že se u žen v mladé dospělosti mohou vyskytovat současně dysfunkční jídelní postoje a rizikové chování pro rozvoj PPP, které mohou ovlivnit kvalitu jejich života. V rámci své studie na vzorku brazilských vysokoškolských studentek (N = 2 489) zkoumali vztah mezi jídelními postoji (pomocí testu EAT-26) a chováním rizikovým pro rozvoj PPP (podle škály DEAS). Cílem studie bylo zhodnotit jídelní postoje žen, u kterých bylo přítomné rizikové chování pro rozvoj PPP a zjistit korelaci mezi jídelními postoji a rizikovým chováním v této populaci. Z výsledků vyplynulo, že ženy s rizikem rozvoje PPP vykazovaly horší přesvědčení, myšlenky, pocity a způsoby chování týkající se jídla a vztahu k němu. Na základě toho se lze domnívat, že náležité posouzení jídelních postojů může přispět k prevenci poruch příjmu potravy.

1.3.3 Genetické faktory

Ukazuje se, že existuje genetické riziko pro vznik poruch příjmu potravy. Dle Papežové (2003) u mentální anorexie existuje 50–90% genetický podíl a u mentální bulimie 35–83% genetický podíl. Papežová (2003, s. 21) uvádí, že „u geneticky zranitelnějších lidí může rodinná dispozice spočívat v dědění některých povahových rysů (například úzkostných, citlivých na stres), které jsou pro vznik onemocnění rizikové. Příbuzné ženského pohlaví jsou v největším riziku“. Není neobvyklé, že některou z PPP trpí více žen v rámci jedné rodiny. Matky, které se potýkají s potížemi s jídlem, váhou

nebo tělesnými tvary, své problémy mohou přímo přenést na své dcery. Pod genetickou kontrolou je rovněž tělesná hmotnost, mechanismy energetické rovnováhy a rozložení tuku v těle, jež mohou působit jako rizikové faktory (Papežová, 2003).

1.3.4 Rodina

Rodinné vlivy jsou v současnosti považovány za jedny z nejrizikovějších pro možný rozvoj poruch příjmu potravy. Příklady negativního rodinného působení mohou být rodinné problémy, kladení důrazu na vzhled, jídlo, sebekontrolu a výkon, již zmiňovaná dieta či PPP některého z rodinných příslušníků, nadměrná kritičnost a nerealistická očekávání rodičů, případně nedostatek citlivosti či péče (Krch, 2008; Marádová, 2007). Krch (2004, s. 15) uvádí, že „z hlediska vzniku PPP je zvláště významná role rodiny při formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových návyků a životního stylu a v neposlední řadě i při formování představy o nezbytné míře spoluúčasti při utváření vlastního osudu a řešení problémů“.

Z výsledků studie Latzera, Hochdorfa, Bachara a Canetti (2002) zaměřujícího se na zkoumání souvislosti mezi rodinným prostředím, citovou vazbou a PPP vyplývá, že pacientky s PPP byli méně jisté, více úzkostné a více vyhýbavé v porovnání s kontrolní skupinou zdravých žen. U rodin těchto patientek se objevovala nižší soudržnost, expresivita a podpora osobního růstu než u kontrolní skupiny.

Le Grange, Lock, Loebová a Nichollsová (2009) se domnívají, že PPP vznikají na základě velkého množství rodinných souvislostí. Ve své přehledové studii shrnuli následující rizikové faktory, které se mohou objevit před propuknutím onemocnění:

- nevhodný rodičovský nátlak,
- hyperprotektivní rodičovské chování v raném dětství (častější u matek pacientů s MA),
- nezájem ze strany rodičů, rodinné neshody, nedostatečná rodičovská péče, větší nesnáze,
- změny rodinné struktury (např. odchod jednoho z rodičů),
- vysoká rodičovská očekávání, nízký rodičovský kontakt, větší kritičnost týkající se váhy a postavy,
- rodičovské problémy (separace, spory, kritičnost, nadměrná nebo nedostatečná účast, nízká náklonnost) (le Grange, Lock, Loeb & Nicholls, 2009).

Autoři však na závěr uvádějí, že výše zmíněné faktory zvyšují riziko psychopatologie obecně. Možným vysvětlením je, že tyto obecné rizikové charakteristiky poté vývojově interagují se zdroji biologicky zakořeněných náchylností, které nakonec dávají tvar konkrétním fenotypům neuspořádaného stravování (Klump, Bulik, Kaye, Treasure & Tyson, 2009, podle le Grange, Lock, Loeb & Nicholls, 2009).

Carneglia et al. (2017) přišel se závěry, že se u rodin s adolescenty s MA častěji objevují problémy s interpersonálními hranicemi, nízká tolerance konfliktů a nízká míra obecné spokojenosti v rodině. Tyto rodiny také vykazují výrazně vyšší míru propletenosti (anglicky enmeshment; tj. nadměrná závislost na ostatních členech rodiny) a rigidity (tzn. rodinný systém je obtížně změnitelný) a nižší míru soudržnosti a kvality komunikace. Rodiny s adolescenty s MB naopak vykazují vyšší míru chaosu, flexibility a soudržnosti. Někteří výzkumníci (Schmidt, Tiller, Hoades & Treasure, 1995, podle Krch, 2004) zastávají názor, že je v těchto rodinách významně dysfunkčnější rodinné zázemí oproti rodinám s adolescenty s diagnózou MA. V souvislosti s rozvojem MB se uvádějí rodinné rizikové faktory jako je afektivní porucha, alkoholismus, obezita, nedostatečná rodinná péče v dětství spojená se spory v rodině, zanedbáváním a fyzickým či sexuálním zneužíváním. U rodin s adolescenty s BED se objevuje vyšší míra soudržnosti a flexibility, ale podobně jako u rodin s pacienty s MA také špatná komunikace a propletenost členů (Cerniglia et al., 2017).

Tafà a kolektiv (2016) provedli průřezovou studii, v níž zkoumali rodiny (N = 243) adolescentních dívek postižených MA, MB nebo BED. Zaměřili se na zhodnocení rodinného fungování a psychopatologického rizika rodičů i dívek. Výsledky naznačují, že dívky i rodiče ve všech třech skupinách vykazují psychopatologický profil, přičemž největší riziko psychopatologie se objevuje u dívek s MA. Matky dívek s MA vykazovaly nejvyšší skóre na škále deprese, matky dívek s MB měly nejvyšší skóre na škálách somatizace a hostilita a matky dívek s BED dosáhly nejvyšších skóre na škálách fobická úzkost a psychoticismus (dle dotazníku SCL-90-R). Oproti tomu otcové dívek ve všech skupinách sdíleli běžné oblasti psychopatologického rizika (obsese-kompulze, úzkost a fobická úzkost). Dále se ukázalo, že existuje rozdíl ve vnímání rodinného fungování u dívek a jejich rodičů (dívky s PPP rodinné fungování hodnotí jako více problematické oproti jejich rodičům). Dívky s MA své rodiny vnímají jako vysoce nezúčastněné, rigidní a jednotlivé členy slabě propojené. Soudržnost a komunikační kvality v rodině jsou podle nich nízké, což je

v souladu s výsledky výzkumu Carneglia a kol (2017). Dívky s MB u svých rodin vnímají špatnou komunikaci a propletenost, dívky s BED rigiditu.

Pavlová (2010) jako rizikový faktor uvádí nepříznivé životní události a jejich zvládání. „*Srovnání lidí trpících PPP s lidmi zdravými nespočívá v zážitku jedné negativní události, ale v opakované expozici traumatickým událostem*“ (Pavlová, 2010, s. 40). Nicméně se ukazuje, že zde opět není rozdíl, pokud srovnáváme pacienty s PPP a pacienty s jinými psychiatrickými diagnózami. Za vleklé nepříznivé události jsou považovány například dlouhodobé rodinné problémy (nepřiměřený tlak, narušené rodinné fungování vlivem rodičovského nesouladu či onemocnění jednoho z rodičů, chronické problémy se sourozencem atp.) či negativní zážitky v oblasti sexuality. Z výsledků longitudinální studie Johnsona, Cohenové, Kasenové a Brookové (2002) vyplývá, že jedinci, kteří byli během dětství fyzicky zanedbáváni nebo sexuálně zneužíváni vykazují zvýšené riziko PPP a jiných obtíží s jídlem či váhou v období adolescence a/nebo mladé dospělosti.

Jacobi (2005) za rizikové faktory spojené s rodinou rovněž považuje nepříznivé rodinné zkušenosti, fyzické zanedbávání či sexuální zneužívání, rodičovské odmítání či hyperprotektivitu. Navíc zmiňuje náhradní rodinnou péči a vyšší míru opuštěnosti, studu a pocitů méněcennosti v dětství jakožto faktory, které mohou přispět k rozvoji PPP.

Za rizikový faktor je považována také separace, tedy odloučení od původní rodiny. Při separaci v adolescenci či mladé dospělosti často dochází ke střetu touhy nechat se rodiči opečovávat s touhou osamostatnit se. Problémy se separací mohou být jedním z faktorů působících na vznik PPP, které vzájemnou závislost podporují a chrání tak nemocného před nároky, které s sebou nese další životní období (Marsden, 1997, podle Pavlová, 2010).

Abychom tuto kapitolu shrnuli, rodina může podnítit rozvoj PPP prostřednictvím mnoha různých faktorů. Jak uvádí Procházková a Sladká Ševčíková (2017, s. 41): „*Základ prevence poruch příjmu potravy spočívá v rodině, rodina je první významnou sociální skupinou, ve které si jedinec osvojuje postoje. Rodina je prvním pramenem uspokojení jeho potřeb, současně ale přináší první omezení a zklamání.*“ Nejčastěji uváděnými negativními faktory souvisejícími s rodinou jsou kladení důrazu na vzhled, váhu, sebekontrolu či výkon, dieta nebo PPP některého z členů rodiny nadměrná kritičnost ze strany rodičů a přehnaná rodičovská očekávání. Mezi méně zjevné faktory patří nepříznivé či traumatické životní události jako jsou vleklé rodinné problémy, dysfunkční rodinné prostředí, psychopatologie či jiné onemocnění člena rodiny, sexuální zneužívání, fyzické zanedbávání a další faktory

související s nejistým attachmentem (např. nízká citlivost, nedostatečná rodičovská péče, odmítání nebo naopak hyperprotektivita).

1.3.5 Povahové rysy

Mezi rizikové povahové rysy patří například citlivost na stres a úzkostnost, perfekcionismus, vysoká míra sebekritiky, negativní sebehodnocení, potřeba zalíbit se druhým, psychická nestabilita, sklon k závislostem (alkohol, drogy, promiskuita, gamblerství) či asketismus (Papežová, 2003; Papežová, 2010). Nemocní také často vykazují depresivní, úzkostné či obsedantní symptomy (Krch, 1999). Osobnostní faktory, jako je negativní emocionalita a perfekcionismus k rozvoji PPP přispívají. Mohou tak činit nepřímo tím, že zvýší jedincovu náchylnost k zvnitřnění štíhlého ideálu krásy nebo ovlivní výběr jeho vrstevnického prostředí (Keel & Forney, 2013).

1.3.6 Sociokulturní vlivy

Zaujetí štíhlou postavou a sociální tlak jsou významnými rizikovými faktory pro vznik poruch příjmu potravy (Taylor et al., 2003). Epidemiologické, mezikulturní i longitudinální studie zdůrazňují význam idealizace štíhlosti (tzv. kult štíhlosti) v současné době, která vede k obavám týkajícím se vlastní váhy (Keel & Forney, 2013). Dennodenně jsou nám ve sdělovacích prostředcích prezentovány příliš hubené ženy (celebrity, modelky, hračky – např. panenka Barbie), které jsou propagovány jako ideál krásy, kterému se řada žen a dívek snaží vyrovnat nebo alespoň přiblížit. Zatímco štíhlost je vyzdvihována a považována za zdravou, obezita je znevažována. Stejně tak je i jídlo rozdělováno na zdravé a nezdravé, což může u náchylnějších jedinců vést ke strachu a podílet se na vzniku PPP (Papežová, 2000). Abychom zabránili rozvoji PPP, je třeba omezit vrstevnické, kulturní a další zdroje, které na jedince vytvářejí tlak idealizací štíhlosti (Taylor et al., 2003).

Mezi další rizikové faktory patří např. průběh těhotenství a porodu, zdravotní problémy v (raném) dětství, dětská obezita, problémy s příjmem potravy v dětství (např. vybíravost, trávicí obtíže), nepříznivé životní události, duševní poruchy (např. úzkostné poruchy, depresivní poruchy, obsedantně-kompulzivní porucha), sociální faktory (sociální tlak nebo nízká sociální podpora, šikana, diskriminace apod.) a etnicita (Jacobi, 2005).

1.4 Důsledky

Poruchy příjmu potravy jsou onemocnění se závažnými a často nevratnými důsledky, které narušují kvalitu života a v některých případech mohou vést až k úmrtí nemocného. V následující části práce se budeme blíže zabývat jednotlivými typy důsledků, konkrétně pak fyzickými, psychickými a sociálními.

Fyzické důsledky poruch příjmu potravy spočívají ve zdravotních komplikacích spojených zejména s úbytkem váhy a nedostatečnou výživou nebo vznikají v důsledku zvracení a nadužívání léků (např. laxativ a diuretik). Mnoho nemocných se potýká se srdečními obtížemi, které jsou vyvolány snížením metabolismu, případně souvisí s narušením elektrolytové rovnováhy u zvracejících pacientů. Váhový úbytek způsobuje zácpu, citlivost na chlad, snížení energie, oslabení krevního oběhu a osteoporózu (Krch, 2007). Nízká tělesná hmotnost má rovněž vliv na hormonální rovnováhu, což znamená, že může vést k narušení menstruačního cyklu nebo k jeho úplnému vymizení (amenorea). Opakované záchvaty přejídání vedou k zažívacím problémům a v některých případech mohou způsobit dokonce dýchací obtíže. Vlivem následného zvracení dochází k poškození zubů, otékání slinných žláz, poškození hltanu a dalším komplikacím (Cooper, 2014).

Co se týče psychologických důsledků PPP, uvádí se úzkostné a depresivní příznaky (dysforie, podrážděnost, apatie, vyhýbání se společnosti apod.), které vycházejí z pocitů méněcennosti a nejistoty. U nemocných s MA se často objevuje touha po dokonalosti a vysoká míra sebekontroly, která je nejprve zaměřována pouze na jídlo, ale postupně se s rozvojem onemocnění rozšiřuje i do ostatních oblastí života. Při porušení sebekontroly se dostavují silné pocity viny a hanby. Emoční ladění se tedy odvíjí zejména od tělesné hmotnosti a zvládnutí sebekontroly, typická je pokleslá nebo podrážděná nálada (Krch, 2002). MA i MB se projevuje určitou nutkavostí v chování i myšlení. Nemocní získávají uspokojení skrze jídlo a tělesný vzhled, na které zaměřují stále více pozornosti. Přestávají mít zájem o své okolí i dřívější zájmy. Toto nadměrné soustředění na sebe sama může vést k tomu, že začnou podléhat sebelítosti a obavám (např. ze selhání či z nedokonalosti). Poměrně častá je sebestřednost, vztahovačnost a impulzivita. Dalším častým důsledkem je snížení mentální výkonnosti, obtížná koncentrace pozornosti a zhoršená orientace ve vlastních pocitech. S MB se navíc často pojí zneužívání návykových látek, jako jsou drogy a alkohol (Krch, 2008). Polivy (1996) uvádí, že hladovění a držení diet může vést

k záchvatovitému přejídání, přehnanému zájmu o jídlo a stravování, zvýšené emoční responzivitě, dysforii a roztržitosti.

Za jeden z potencionálně nejzávažnějších důsledků PPP je považováno sebepoškozování a sebevražedné pokusy. Zvýšené riziko sebevražedného jednání se zcela nepodařilo vysvětlit komorbidními poruchami (např. úzkostnými a depresivními). Sebeпоškozování se vyskytuje poměrně rovnoměrně u různých PPP a bývá často spojeno s impulzivitou a užíváním návykových látek. Ukázalo se, že pokusy o sebevraždu a dokonané sebevraždy byly pětkrát častější u žen a mužů s PPP oproti jejich zdravým vrstevníkům podle údajů z dánských matričních úřadů v letech 1989–2006. To znamená, že PPP podstatně zvyšují riziko úmrtí (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Autoři španělské studie z roku 2017 však uvádějí, že přítomnost sebevražedných myšlenek u osob s PPP nemusí znamenat, že vykazují sebevražedné chování. Toto chování může být dle jejich názoru pouze důsledkem potřeby regulovat intenzivní negativní emoce (Varela-Besteiro et al., 2017).

Zdravotní a psychické následky PPP výrazně ovlivňují osobní a společenský život nemocného. Onemocnění na sebe váže stále více pozornosti, což narušuje vztahy s partnerem, rodinou, přáteli i kolegy z práce. Nemocní své potíže často tají, jelikož v nich vzbuzují pocity studu a viny. Z tohoto důvodu se často vyhýbají sociálnímu kontaktu a záměrně se izolují (Cooper, 2014). Jak už jsme zmiňovali výše, nemocní obvykle bývají sebestřední, podráždění, vztahovační, impulzivní a projevuje se u nich snížený zájem o okolí a rovněž o sexuální aktivity. To vede k častým konfliktům, úbytku společenských kontaktů a zhoršení kvality vztahů. Nemocní zažívají pocity osamělosti, objevují se u nich nepřiměřené reakce a snížená schopnost přizpůsobit se (Krch, 2002; 2008).

1.5 Léčba poruch příjmu potravy

Při terapii poruch příjmu potravy je třeba postupovat komplexně, léčba by neměla spočívat v hledání možné příčiny. Je třeba vycházet z individuální situace nemocného a ze symptomatologie poruchy. Léčba je znesnadněna tím, že jsou nemocní většinou nemotivovaní nebo ambivalentní a často vyhledávají pomoc až ve chvíli, kdy je situace neudržitelná nebo když jsou donuceni okolím. Prvním odborníkem, na kterého se nemocní obrazejí bývá obvykle praktický lékař, který se zaměřuje zejména na řešení somatické problematiky. Rovněž nemocnému a jeho blízkým poskytuje informace o onemocnění a jeho léčbě a motivuje jej ke změnám jídelních postojů a chování. Praktický lékař nemocnému

obvykle zprostředkuje cílenou léčbu u psychiatra, psychologa či jiných specialistů na základě typu postižení. Výhodná je spolupráce s rodinou nebo partnerem, jelikož sociální okolí nemocného hraje při léčbě významnou roli a může ji značně usnadnit. U mladších pacientek je spolupráce s rodiči nutná. Intervence lékařů by měla být zaměřena na změnu nevhodných postojů a návyků pacienta. Jde zejména o změnu jídelního chování a zvýšení tělesné hmotnosti, pokud je třeba. Od lékařů i blízkých osob je vyžadována trpělivost, jelikož léčba může trvat delší dobu (Krch, 2007).

Při posuzování léčby je vždy třeba zvážit, zda je vhodná ambulantní či lůžková forma. Pokud je situace vážná (např. pokud je přítomný depresivní syndrom, riziko sebevraždy nebo v případě výrazného hmotnostního úbytku), bývá nutné pacienta hospitalizovat na lůžkové oddělení (Němečková, 2011). Někdy se k hospitalizaci přistupuje z důvodu opakované neúspěšnosti ambulantní léčby (Krch, 2007). Ambulantní forma terapie se volí v případě, že pacient dobře spolupracuje a je motivovaný ke změně. Nejprve je třeba pacienta a jeho blízké edukovat a stanovit léčebné cíle (např. stanovit cílovou hmotnost), které jsou poté kontraktovány. Za základní formu ambulantní léčby je považována psychoterapie. K léčbě PPP se často využívá kognitivně behaviorální terapie, interpersonální terapie a u dětských a adolescentních pacientů rodinná psychoterapie, která pracuje s celým rodinným systémem. Pacienti mohou využít rovněž svépomocných skupin, internetových programů následné péče nebo například kinezioterapie (tzn. pohybové terapie) (Němečková, 2011). Další možnost představuje farmakoterapie, která však při léčbě PPP nepatří mezi metody první volby. Z psychofarmak se nejčastěji používají antidepresiva, která však neovlivňují chuť k jídlu, ani jídelní zvyklosti nemocných (Krch, 2007). Za účinnou je považována kombinace psychoterapie a farmakoterapie, která pomáhá zmírňovat depresivní a úzkostné stavy, čímž zvyšuje účinnost psychoterapie (Němečková, 2011).

1.5.1 Attachment v terapii PPP

Při terapii poruch příjmu potravy může být užitečné využití poznatků attachmentové teorie. Dallos (2004) uvádí, že zohlednění attachmentových stylů v rodině může terapeutovi pomoci zvolit vhodný obsah a formu terapeutických rozhovorů s nemocným a jeho rodinou. Kupříkladu u rodin s převážně vyhýbavými styly citové vazby by bylo dobré podpořit vzájemné vyjadřování pocitů a přemýšlení o vztazích. Byng-Hall (1995) zdůrazňuje, že ačkoliv je užitečné zvážit povahu primárních připoutání v rodině (zejména mezi matkou a jejími dětmi), každá rodina se skládá ze sítě vzájemně propojených citových vazeb.

Z toho důvodu je třeba postupovat citlivě a vyhnout se zjednodušenému přístupu založenému na rigidním zařazením členů rodiny do attachmentových kategorií.

Byl navržen předběžný terapeutický přístup vytvořený pro rodiny, u nichž některý člen trpí PPP. Nazývá se attachmentová narativní terapie (anglicky attachment narrative therapy) a zaměřuje se na attachmentovou dynamiku a její vnitřní reprezentace u všech členů rodiny.

Tato terapie se skládá ze čtyř fází:

- 1) *Vytvoření bezpečné základny*: mezi členy rodiny existují rozdíly v míře důvěry vůči terapeutické situaci. Úkolem terapeuta je zajistit, aby se všichni členové rodiny cítili bezpečně. To lze učinit tak, že terapeut zastává neobviňující postavení a terapii vede tempem, které je pro rodinu příjemné, nikam nespěchá.
- 2) *Prozkoumání attachmentových narativů*: po vytvoření pocitu důvěry se terapie může posunout k prozkoumání způsobů zvládání negativních emocí (úzkost, strach apod.). Tedy k tomu, jak si jsou členové rodiny navzájem schopni poskytovat útěchu a jaké mají představy o tom, jak by k jejímu poskytování mělo docházet. Za jeden z nejméně ohrožujících způsobů je považován tzv. transgenerační genogram, který spočívá v tom, že rodiče hovoří o vztahu s jejich vlastními rodiči a děti je poslouchají, což může vést k diskuzi o nápravných a opakujících se scénářích.
- 3) *Zvážení alternativ*: diskuze o transgeneračních scénářích se zpravidla ubírá ke zvažování alternativ. To může být podpořeno využitím cirkulárních a hypotetických otázek. Např. jak může rodina působit na cizího člověka, co by mohlo být odlišné, kdyby rodiče bývali měli jiné zkušenosti s vlastními rodiči a tak dále.
- 4) *Udržování terapeutické základny*: ukázalo se, že pro mnoho rodin bylo nejpodstatnější navázání důvěrného vztahu s terapeutem, jež vedlo ke změnám jejich obvyklých vzorců. Pro udržení důvěry je důležité zakončit terapeutický proces po vzájemné dohodě. V některých případech může být užitečné postupné ukončování terapie rozdělené do několika fází (Dallos, 2004).

Další vědecká zjištění týkající se role attachmentu v léčbě poruch příjmu potravy jsou uvedena v kapitole č. 3 „Souvislost mezi citovou vazbou a poruchami příjmu potravy“ (str. 39–41).

2 Attachment

Termín attachment je do českého jazyka překládán jako *citová/vztahová vazba*, *citové připoutání* nebo *přimknutí/přilnutí* (tyto termíny budou v práci používány jako synonyma). Lečbych a Pospíšilíková (2012, s. 2) vztahovou vazbu definují jako „*jedinečné citové pouto mezi dítětem a pečující osobou (nejčastěji matkou)*“. Jde o vztah, který vzniká na základě jejich vzájemné bazální důvěry či nedůvěry a od jehož kvality se odvíjejí komplexní vztahy v pozdějším věku (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Teorie citové vazby je nejčastěji spojována se jmény svých zakladatelů – britského psychiatra a psychoanalytika Johna Bowlbyho a jeho spolupracovnice psycholožky Mary Ainsworthové (Kulísek, 2000). Bowlby (1969, podle Kulísek, 2000, s. 406) citovou vazbu definuje jako „*trvalé emoční pouto, charakterizované potřebou vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou, zejména v podmínkách stresu.*“ Podle Bowlbyho vazba slouží zejména k ochraně jedince, jelikož zajišťuje jeho přežití a zdravý vývoj. Nepřetržité a bezpečné rané připoutání k blízké osobě je přirozenou potřebou dítěte. Pokud tato potřeba není naplněna, dochází k částečné nebo úplné deprivaci dítěte (Lečbych a Pospíšilíková, 2012).

Podoba citové vazby k primárním pečovatelům je jedním z klíčových faktorů vývoje osobnosti. Nejvýznamnější roli při jejím utváření hraje matka. Od pevnosti a kvality citové vazby se odvíjí jedincovo prožívání a reagování (zejm. v oblasti citových vztahů) a také vnímání světa. Pokud toto pouto chybí nebo je narušené, je pravděpodobné, že bude jedinec vnímat svět jako nebezpečné místo a vůči lidem bude pociťovat úzkost a/nebo nedůvěru. Citové pouto se na základě současných poznatků pravděpodobně začíná vytvářet již během těhotenství a jeho základní podoba je trvalá a obtížně změnitelná, ovšem za určitých okolností může dojít k její změně, například vlivem psychoterapie (Kulísek, 2000).

2.1 Teorie attachmentu

Shaffer a Kipp (2014) popsali tři rané teorie attachmentu. Jde o psychoanalytickou teorii, teorii učení a kognitivně-vývojovou teorii. Tyto teorie jsou v současnosti považovány za překonané, avšak každá z nich přispěla k porozumění konceptu citové vazby a poskytla informace pro formulování dalších teorií. Za nejvíce přesvědčivou a užitečnou je nyní považována etologická teorie. V následující části práce se budeme blíže zabývat ranými i moderními teoriemi attachmentu, které daly podobu současnému konceptu citové vazby.

2.1.1 Psychoanalytická teorie

„Miluji Tě, protože mě krmiš.“

Tato teorie attachmentu vychází z poznatků česko-rakouského lékaře a psychologa Sigmunda Freuda. Podle něj malé děti dosahují uspokojení prostřednictvím sání a vkládání předmětů do úst. Jsou tedy přirozeně přitahovány k osobám, které jim toto orální uspokojení poskytují, což jsou samozřejmě nejčastěji matky. Na základě toho dospěl Freud k názoru, že se právě matky pro dítě stávají primárním objektem bezpečí a náklonnosti (Shaffer & Kipp, 2014).

2.1.2 Teorie učení

„Miluji Tě, protože mě odměňuješ.“

Představitelé teorie učení rovněž kladou důraz na krmení a uspokojování potřeb, avšak z jiných důvodů. Dle jejich názoru děti vyhledávají osoby, které jim toto poskytují ze dvou důvodů. Zaprvé v nich tyto osoby vyvolávají pozitivní odezvu (např. úsměv, broukání), což zpětně zvyšuje náklonnost pečující osoby vůči dítěti. Zadruhé je jim během kojení matkou poskytováno mnoho utěšujících podnětů současně (jídlo, teplo, jemné doteky, vokalizace atd.) (Sears, 1969, podle Shaffer & Kipp, 2014). Díky tomu si po určité době matku začnou spojovat s pocity uspokojení a snaží se jakýmkoliv způsobem upoutat její pozornost a zůstat v její blízkosti (Shaffer & Kipp, 2014).

Na tomto místě bychom rádi zmínili Harryho Harlowa a jeho experimenty s mláďaty makaků. Během těchto pokusů byla mláďata odebrána matce ihned po narození a byl jim nabídnut drátěný nebo plyšový model matky. Krmena byla z lahve, která mohla být umístěna do obou napodobenin matky. Následně byl zkoumán účinek potravy a účinek tzv. „příjemného kontaktu“. Ve všech pokusech se ukázalo, že na rozdíl od potravy vede kontakt příjemný na dotek k vazebnému chování. Opičky trávily většinu času přitulené k plyšové „matce“, bez ohledu na to, zda poskytovala potravu nebo ne. U plyšové matky rovněž hledaly jistotu a bezpečí v cizím prostředí nebo v situaci, kdy byly vystrašené. Harlow těmito experimenty vyvrátil psychoanalytickou teorii a dokázal, že je příjemný kontakt klíčový pro vývoj citové vnímavosti k náhradní matce a že krmení hraje pouze zanedbatelnou roli (Bowlby, 2010).

2.1.3 Kognitivně-vývojová teorie

„Abych Tě miloval, musím vědět, že tu pro mě vždy budeš.“

Jak už název napovídá, kognitivně-vývojová teorie klade důraz na kognitivní vývoj jedince, od něž se odvíjí jeho schopnost vytvářet si vazby s druhými lidmi. Attachment se může vyvinout až ve chvíli, kdy je dítě schopné rozlišit známé osoby od cizích a kdy si uvědomí (objektní) stálost blízkých osob. Jde o vědomí toho, že blízké osoby existují, ačkoliv zrovna nejsou v dohledu. V opačném případě by bylo velmi obtížné utvořit si k těmto osobám citový vztah (Shaffer & Kipp, 2014).

2.1.4 Etologické teorie

Autoři etologických teorií attachmentu vycházejí z předpokladu, že se všechny živočišné druhy včetně člověka rodí s vzorci chování, jež určitým způsobem přispívají k jejich přežití v průběhu evoluce. John Bowlby se domníval, že mnoho z těchto vrozených vzorců chování vzniká rovněž za účelem podpory vazby mezi dítětem a jeho pečovateli. Samotný vazebný vztah má adaptivní funkci, jelikož slouží k ochraně a zajištění potřeb mládřat/dětí (Shaffer & Kipp, 2014).

Za jednu z klíčových etologických teorií attachmentu je považován tzv. *imprinting* neboli *vtištění*. Autorem tohoto termínu je zakladatel moderní etologie – Konrad Lorenz, který zkoumal chování husích mládřat a dalších ptačích druhů. Povšiml si, že si mládřata některých ptáků vytvářejí vazbu k prvnímu pohyblivému se objektu, který po vylíhnutí spatří. Tento objekt poté následují. Tímto objektem je obvykle matka, ale stejně tak může jít o člověka, zvíře jiného živočišného druhu nebo například hračku. Toto rané a druhově specifické učení nazval termínem imprinting (Vicedo, 2009). Lorenz (podle Bowlby, 2010) popsal čtyři základní vlastnosti imprintingu: 1. může k němu dojít pouze během krátkého a časově ohraničeného období během raného vývoje, 2. je nezvratný, 3. jde o nadindividuální učení a 4. ovlivňuje vzorce chování, které doposud nebyly v repertoáru zvířete. Postupem času byly některé z těchto předpokladů vyvráceny, např. nezvratnost a kritické období nejsou až tak jednoznačné. Díky Lorenzově práci se dnes uznává, že se některé z vlastností imprintingu do jisté míry týkají také jiných případů učení, včetně učení u savců. Na základě toho imprinting získal obecnější význam. Bowlby (2010, s. 153) uvádí, že *„V tomto užití imprinting označuje jakékoliv procesy, které zaměřují filiální chování citové vazby u mladého ptáka nebo savce preferenčně a stabilně k jedné (nebo více) rozlišované*

postavě. “Lorenz svou práci později rozšířil o imprinting u lidí a zastával názor, že mateřská péče je rovněž instinktivní (Vicedo, 2009). Bowlby (2010) dochází k závěru, že způsob vzniku vazebného chování u dětí a vznik jeho zaměřenosti na rozlišovanou postavu je natolik podobný vývoji u jiných savců a ptáků, že jej můžeme zahrnout do současného širšího pojetí imprintingu.

2.2 Hlavní představitelé

Jak už bylo zmíněno na začátku této kapitoly, pro teorii attachmentu sehrál významnou roli především John Bowlby a jeho spolupracovnice Mary Ainsworthová. Na ně navázala mladší generace teoretiků zejména z USA (Kulísek, 2000), z nichž bychom rádi zmínili především Mary Mainovou. V následující části blíže představíme jejich přínos.

2.2.1 John Bowlby

John Bowlby systematicky rozpracoval teorii citové vazby. Při vytváření této teorie se inspiroval zejména psychoanalytickým a etologickým přístupem. Byl ovlivněn Lorenzovým imprintingem a Harlowovy experimenty s opicemi, kterým jsme se věnovali výše. Využíval etologickou metodu přímého pozorování, jež považoval za nejpřínosnější. Domníval se, že pomocí přímého pozorování malých dětí a jejich chování vůči matce můžeme lépe porozumět jejich osobnostnímu vývoji (Stratton, 1983, podle Kulísek, 2010).

Bowlby se zaměřil na zkoumání podobností mezi chováním a prožíváním dětí a kvalitou vztahu k jejich rodičům. Usiloval o propojení psychoanalytických koncepcí s biologickými mechanismy utváření chování a rozvíjení instinktivních forem chování. Bowlby (2010, podle Lečbych & Pospíšilíková, 2012) ve své teorii hovoří o tzv. *vnitřních pracovních modelech* sebe a druhých osob, které lze chápat jako zvnitřněnou interakci se vztahově významnými osobami. Jde o strategie a procedury, které mají vliv na prožívání vztahů a regulaci afektivního prožívání po celý život. Vnitřní modely se vytvářejí v období nejranějšího dětství a často fungují na nevědomé nebo částečně vědomé úrovni. Z tohoto důvodu jsou jen obtížně změnitelné. Vnější projevy těchto modelů se nazývají *vzorci chování podmíněné citovým poutem* (Kulísek, 2000). Pokud jsou vztahové osoby dostupné a podporující, vzniká mezi nimi a dítětem *bezpečná vztahová vazba* a vnitřní pracovní modely sebe a druhých osob jsou obecně pozitivní (Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

Podle Bowlbyho si dítě vytváří jakousi hierarchii vztahových osob, které mu poskytují pocit bezpečí ve chvílích strachu. Dítě má instinktivní tendenci vyhledávat nejprve primární vztahové osoby. Pokud tyto osoby nejsou přítomny, uchyluje k sekundárním vztahovým osobám. V případě, že vztahové osoby potřebu bezpečí naplňují, dítě cítí oporu, která se postupem času internalizuje a stává se základem sebepodpory dítěte. To se pojí s pocitem jistoty a bezpečí v intimních vztazích, která je předpokladem duševního zdraví. Avšak pokud jsou blízké osoby nedostupné či odmítající, dítě je zatíženo pocity, které samo nedokáže zvládnout (např. úzkost, strach, zoufalství). Při opakovaném vystavení těmto pocitům dochází k narušení bezpečné vztahové vazby a vnitřní pracovní modely se stávají obecně negativními, což ohrožuje duševní zdraví jedince (Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

2.2.2 Mary Ainsworthová

Mary Ainsworthová vyvinula cennou metodu určenou ke zjišťování kvality citové vazby mezi matkou a dítětem, tzv. *Strange Situation Test* neboli Test neznámé či neobvyklé situace (Kulísek, 2000). Bowlby (2010, s. 290) uvádí, že tato metoda „byla navržena k vyhodnocení individuálních odchylek v organizaci vazebného chování vůči matce u dvanáctiměsíčních dětí“. Celý experiment trvá 20 minut a je rozdělen do tří fází, ve kterých je dítě pozorováno v neznámé místnosti vybavené hračkami. V této místnosti je nejprve s matkou, poté matka odchází a dítě tam zůstává samo s cizí osobou a v poslední fázi se zkoumá chování dítěte po návratu matky. Tento postup nám umožňuje získat cenné informace o tom 1. jak dítě využívá matku jako základnu pro zkoumání okolí, 2. jak od ní dokáže získat útěchu a 3. jak se mění rovnováha mezi citovou vazbou a prozkoumáváním okolí v průběhu proměnlivé situace (Bowlby, 2010).

Na základě dlouhodobého pozorování dětí Ainsworthová definovala tři typy citové vazby: 1. *jistou (bezpečnou)*, 2. *úzkostnou* a 3. *vyhýbavou*. Úzkostnost a vyhýbavost představuje dva projevy problematických vnitřních pracovních modelů (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Výše zmíněné attachmentové typy bývají někdy označovány jako vzorce B, A a C.

1) Jistá citová vazba (vzorec B)

Do této skupiny obvykle spadá většina pozorovaných dětí. Jistě připoutané děti aktivně prozkoumávají okolí, nejsou vylekány příchodem cizího člověka, po odloučení od matky jsou zneklidněné, ale po jejím návratu je lze relativně snadno utěšit.

2) Nejistá (úzkostná) citová vazba vyhýbavá (vzorec A)

Pro tuto skupinu dětí (asi 20 %) je typická vyhýbavost vůči matce po jejím návratu. Někdy se tyto děti k cizímu člověku chovají více přátelsky než k vlastní matce.

3) Nejistá (úzkostná) citová vazba odmítavá (vzorec C)

Děti úzkostně připoutané k matce a odmítavé (asi 10 %) střídavě vyhledávají interakci s matkou a její blízkost a vzápětí kontakt i blízkost odmítají. Některé z těchto dětí bývají oproti ostatním dětem více rozzlobené nebo pasivní.

Projevy chování u jednotlivých typů přehledně shrnul Kulísek:

<i>Chování dítěte</i>	A – vyhýbavé	B – jisté	C – vzdorovité
Vyhledávání blízkosti	nízké	vysoké	vysoké
Udržování kontaktu	nízké	vysoké (pokud je stresováno)	vysoké
Vyhýbání se blízkosti	vysoké	nízké	nízké
Odmítání kontaktu	nízké	nízké	výrazné
Pláče před separací	málo	málo	náhodně
Pláče během separace	málo až značně	málo až značně	značně
Pláče po návratu matky	málo	málo	mírně až značně

Tabulka 1: Přehled vzorců chování podmíněných citovým poutem (Kulísek, 2000)

Bylo zjištěno, že chování dítěte s matkou v domácím prostředí se velice podobá jeho chování v neznámé situaci, ale zároveň byly pozorovány značné rozdíly v chování dětí napříč skupinami (zejména mezi skupinou B a zbylými skupinami, tzn. A a C), které byly následující:

- Děti ze skupiny B matku většinou využívaly jako bezpečnou základnu, byla u nich rovnováha mezi prozkoumáváním okolí a připoutáním k matce; oproti tomu děti ze skupin A a C byly pasivní a prozkoumávaly málo, povrchně nebo vůbec.
- Děti ze skupiny B plakaly méně často, než děti ze zbylých skupin; při odchodu matky byly klidnější a na její návrat reagovaly radostně.

- Pro děti ze skupiny A byla typická ambivalence mezi přibližováním k matce a odstupem od ní; rovněž měly větší tendenci ke zlostnému chování oproti dětem z ostatních skupin.
- Děti ze skupiny C naopak vyžadovaly více kontaktu s matkou a pokud se jim ho nedostávalo, byly odmítavé či rozzlobené; zároveň byly pasivní v situacích, ve kterých si děti z ostatních skupin hrály (Bowlby, 2010).

Mainová a Solomonová později popsaly čtvrtý typ attachmentu. Mary Ainsworthová jejich návrh na rozšíření typologie odsouhlasila. Jde o tzv. nejistou *vazbu dezorganizovanou* (vzorec D) (Kulisek, 2000). Jednotlivým typům citové vazby se budeme podrobněji věnovat v následující kapitole.

2.3 Typy attachmentu

Výše jsme se zabývali attachmentovými typy definovanými Ainsworthovou a jejich specifiky v Testu neznámé situace. Cílem této kapitoly je detailnější popis těchto tří typů a zároveň dalších typů, které byly vymezeny později.

Někteří autoři upozornili na to, že je na typ citové vazby výhodnější pohlížet jako na dvoudimenzionální prostor definovaný dvěma funkcemi – vztahovou úzkostností a vyhýbavostí. Tento předpoklad podpořily rovněž závěry faktorových studií. Vztahovou úzkostnost můžeme definovat jako strach z odmítnutí či odmítnutí. Vztahová vyhýbavost je termín popisující nepohodu v intimních situacích či v situacích závislosti na druhém člověku (Brennan, Clark & Shaver, 1998, podle Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

Na základě míry vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti lze rozlišit čtyři základní typy citové vazby: jistou a tři typy nejisté citové vazby (distancovaně vyhýbavou, nadměrně zaujatou a bázlivě vyhýbavou), jejichž popisem se zabýváme níže. Pro přehlednost přikládáme tabulku zobrazující jednotlivé attachmentové typy.

<i>Typ citové vazby</i>	Nízká vyhýbavost	Vysoká vyhýbavost
Nízká úzkostnost	jistá	distancovaně vyhýbavá
Vysoká úzkostnost	úzkostná	bázlivě vyhýbavá

Tabulka 2: Typy citové vazby (Lečbych & Pospíšilíková, 2012)

2.3.1 Jistá citová vazba (secure attachment; vzorec B)

Tento typ citové vazby je charakteristický nízkou mírou jak vztahové úzkostnosti, tak vztahové vyhýbavosti. Lečbych a Pospíšilíková (2012, s. 3) uvádějí, že je tato oblast „*spojená s důvěrou v partnerovu lásku, podporu, blízkost a vzájemnou oddanost.*“ Matky jistě připoutaných dětí pro své děti představují tzv. bezpečné zázemí. Jsou přítomné, dostupné a citlivé k jejich signálům a potřebám. Děti s jistým attachmentem vyhledávají přítomnost matky, jelikož v nich vyvolává pocit útěchy a bezpečí. Tělesný kontakt s matkou je pro ně příjemný. V její přítomnosti mohou bezpečně prozkoumávat okolí. Při odloučení od matky vykazují známky stresu, při jejím návratu ji s radostí vítají (Kulísek, 2000). Tento typ citové vazby vykazuje přibližně 55–65 % dětí v populaci (Vrtbovská, 2010). V dospělosti jsou tito lidé schopni dobře regulovat své emoce, prožívají méně stresu a jsou obecně odolnější a stabilnější (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Uvědomují si svou hodnotu a očekávají, že jsou druzí lidé obecně přijímající a vstřícní (Bartholomew & Horowitz, 1991).

2.3.2 Distancovaně vyhýbavá citová vazba (dismissing avoidant attachment; vzorec A)

Vyhýbavá vztahová vazba je charakterizována vysokou mírou vztahové vyhýbavosti a nízkou mírou vztahové úzkostnosti (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Děti s tímto typem attachmentu při odloučení od matky působí adaptovaně. Svě emoce navenek příliš neprojevují a neusilují o kontakt s matkou, naopak bývají odtahované. Matce nedůvěřují a po jejím návratu ji ignorují nebo se kontaktu s ní vyhýbají (Kulísek, 2000). Matky těchto dětí obvykle nenavazují kontakt s dítětem nebo ho omezují a komunikují s ním nejasným způsobem. Jsou citově nepřítomné, vůči dítěti projevují odmítání či odpor a nejsou vnímavé k jeho potřebám. Tyto děti často potlačují vlastní emoce nebo je zcela přestanou vnímat, zanedbávají své potřeby, mají sklony k perfekcionismu a snaží se vyhovět požadavkům okolí. Někdy se objevuje tendence k pečování o rodiče. Dítě bývá oceňováno za nezávislost a samostatnost (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Přibližně 30 % dětí v populaci má vyhýbavou vztahovou vazbu (Vrtbovská, 2010). V dospělosti si tito jedinci udržují odstup od intimních vztahů a znehodnocují jejich význam, zdůrazňují nezávislost a působí distancovaně a emočně chladně. V intimních vztazích pocítují nepohodu (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Vyhýbavost slouží jako obranný mechanismus, který je chrání před očekávaným odmítnutím ze strany druhého (Bartholomew & Horowitz, 1991).

2.3.3 Nadměrně zaujatá (úzkostná) citová vazba (preoccupied attachment; vzorec C)

Úzkostná vztahová vazba se vyznačuje vysokou mírou vztahové úzkostnosti a nízkou mírou vztahové vyhýbavosti. Jde o oblast, která souvisí se strachem ze separace a opuštění. V dětství je pro tento typ citové vazby typická závislost na matce. Při odloučení od matky se u dětí s úzkostnou vazbou objevuje výrazná nespokojenost. Typickým rysem je ambivalentní chování, které můžeme pozorovat například při návratu matky, kdy se u těchto dětí obvykle střídá tendence k přiblížení a vyhýbání se kontaktu. Rovněž můžeme pozorovat zlost. Matky těchto dětí bývají méně citlivé a empatické oproti matkám dětí s jistou citovou vazbou. Jejich chování vůči dítěti je nekonzistentní – kolísá mezi laskavostí a odmítáním (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). V populaci se vyskytuje asi 5–15 % dětí s tímto typem attachmentu (Vrtbovská, 2010). Dospělí lidé s tímto attachmentem působí úzkostně a závisle, nechávají se často pohltit emocemi a k vztahové osobě zastávají negativní postoje (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Typický je pocit nízké sebehodnoty ve spojení s pozitivním hodnocením druhých, což vede k úsilí o sebepřijetí prostřednictvím přijetí významnými druhými (Bartholomew & Horowitz, 1991).

2.3.4 Bázlivě vyhýbavá citová vazba (fearful avoidant attachment; vzorec D)

Tento typ vztahové vazby je spojený s vysokou mírou vztahové úzkostnosti i vyhýbavosti (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). V Testu neznámé situace se děti s tímto typem attachmentu chovají zároveň vyhýbavě i odmítavě (například se přibližují k matce, ale jsou k ní postavené zády). Byli u nich pozorovány stereotypní pohyby a protichůdné nebo zdánlivě zmatené prvky v chování. Objevuje se u nich strach z pečující osoby, která je pro ně zároveň zdrojem bezpečí i ohrožení. V některých případech se po návratu matky poutají na cizí osobu. Vyskytovat se může rovněž náhlé ztuhnutí, depresivní či prázdňový výraz v obličeji nebo zmatenost. Ukázalo se, že jde často o děti, které byly obětmi týrání či zneužívání. Odborníci se shodují na tom, že jim toto chaotické chování slouží jako obranný mechanismus (Kulísek, 2000). V běžné populaci nalezneme přibližně 20 % dětí s tímto typem vazby (z výše uvedených nejistě připoutaných) (Vrtbovská, 2010). V dospělosti tito jedinci navazují dezorganizované a nepředvídatelné vztahy. Stejně jako v dětství nejsou schopni opustit vztahovou osobu, přestože jim vztah s ní přináší utrpení. Mívají pocity viny a nejsou si jisti vlastním jednáním. V náročných situacích mají sklon k psychické dezorganizaci. Tento typ vazby do vysoké míry předurčuje výskyt duševních onemocnění (Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

2.3.5 Žádný attachment

Dalším typem attachmentu, který je zmiňovaný některými autory, je tzv. žádný attachment (v angličtině „no attachment“). Tento typ vazby se objevuje u dětí, které byly již od narození opuštěné a vyrůstaly v ústavní péči. Nestálost prostředí a střídání různých pečovatelů znemožňuje vytvoření citové vazby a může vést k rozvoji asociální osobnosti. Mezi typické projevy patří citová plochost, disharmonický rozvoj osobnosti, porucha empatie a sociálních vztahů (Vrtbovská, 2010).

2.4 Vývoj citové vazby u člověka

Již po narození je dítě vybaveno behaviorálními systémy, které jsou připraveny k aktivaci. Jejich součástí jsou systémy, které hrají klíčovou roli pro vývoj citové vazby. Jde například o systémy, které zprostředkovávají pláč, sání, úsměv, žvatlání, plazení či chůzi. Od narození mají děti tendenci reagovat specifickým způsobem na podněty přicházející od druhých lidí. Na základě toho se utvářejí složitější systémy, které v průběhu celého života zprostředkovávají citovou vazbu ke konkrétním postavám (Bowlby, 2010). Citová vazba se vytváří na základě vzájemné interakce mezi dítětem a pečující osobou (matkou), přičemž její potřeba je v průběhu vývoje proměnlivá a odvíjí se mj. od stupně vývoje percepčních, kognitivních a motorických schopností. Dítě je nejprve schopno rozlišit matčinu tvář od tváří ostatních lidí a postupně do svého života začíná začleňovat další blízké osoby a vytváří si tzv. hierarchii vazeb (Kulísek, 2000).

Bowlby (2010) rozlišuje čtyři prolínající se fáze ve vývoji citové vazby. Jde o:

1) Orientace a signály s omezeným rozpoznáváním postavy

(fáze před vznikem citového přilnutí)

Tato fáze trvá od narození do osmi až dvanácti týdnů věku, někdy i déle. Schopnost miminka rozlišovat jednoho člověka od druhého je omezena na čichové a sluchové podněty. Na všechny osoby reaguje stejným způsobem. V průběhu tohoto období dítě využívá projevy chování jako je orientace k člověku, sledování jej očima, uchopování a natahování rukou, úsměv a žvatlání.

2) Orientace a signály zaměřené k jedné (nebo k několika) rozeznávané postavě
(zárodky citového přilnutí)

Druhá fáze trvá přibližně do půl roku věku, ale může trvat i déle v závislosti na okolnostech. Dítě na lidi reaguje stejným způsobem jako v předchozí fázi, ale chování vůči matce začíná být výraznější než chování k ostatním.

3) Udržování blízkosti k rozeznávané postavě prostřednictvím lokomoce a signálů
(vyhraněné citové přilnutí)

Třetí fáze obvykle trvá od šestého či sedmého měsíce do třetího roku věku, ale opět se může opozdit. Dítě je schopno stále více diferencovat způsob svého chování vůči lidem a zároveň rozšiřuje repertoár svých reakcí. Přátelské a uniformní reakce vůči ostatním lidem začínají mizet. Citová vazba k matce začíná být jasně pozorovatelná. Některé osoby si dítě vybírá jako vedlejší vazebné postavy, vůči neznámým osobám si začíná utvářet odstup a je vůči nim opatrnější.

4) Utváření partnerství korigovaného k cíli
(období cílesměrného vztahu a partnerství)

Během třetí či čtvrté fáze dítě začíná pojímat matku jako na sobě nezávislý objekt, který přetrvává v čase a prostoru. Na základě pozorování jejího chování začíná vyvozovat něco o jejích cílech a plánech na jejich dosažení. Dítě tedy získává jakýsi vhled do matčiných pocitů a motivů, což je předpokladem pro budování složitějšího vzájemného vztahu, který Bowlby nazývá partnerstvím. Představa světa dítěte se stává komplexnější a jeho chování je více pružné.

Fázím utváření attachmentu se věnovala také Ainsworthová. Ta rovněž definovala čtyři fáze formování citové vazby, které se do značné míry shodují s fázemi Bowlbyho (Kulísek, 2000). Dalšími autory zabývajícími se vývojem citové vazby je Schaffer a Emersonová (1964). Tito výzkumníci provedli longitudinální výzkum, ve kterém pozorovali vývoj attachmentu u šedesáti dětí. Na základě toho rozlišili čtyři fáze: 1. *fáze před vznikem citového přilnutí* (první 3 měsíce), 2. *nerozlišující citové přilnutí* (6 týdnů až 7 měsíců), 3. *specifické citové přilnutí* (7 až 11 měsíců) a 4. *fáze mnohonásobných citových přilnutí* (od 9 měsíců). V první fázi dítě nevykazuje známky citového přilnutí k žádné konkrétní osobě. Ve druhé fázi dítě dokáže rozlišovat známé a neznámé osoby. Začíná preferovat primární a sekundární pečovatele, na něž reaguje pozitivněji. Vytváří si důvěru v to, že primární pečovatelé budou

naplňovat jeho potřeby. V následující fázi se objevuje výrazná preference a přilnutí k jedné konkrétní osobě (matce). V tomto období se začíná vyskytovat separační úzkost při odloučení od této osoby a rovněž tzv. strach z cizince, který se projevuje opatrností a úzkostí z cizích osob. V poslední fázi si dítě utváří silné emocionální vazby vůči vícero blízkým osobám (obvykle k otci, sourozencům, prarodičům apod.) (Schaffer & Emerson, 1964).

Výše popsaný vývoj citové vazby slouží spíše k orientačním účelům a u jednotlivých dětí se může lišit. Nástup jednotlivých fází se odvíjí od úrovně schopností dítěte a od kvality kontaktu s primárním pečovatelem (citlivost, naplňování potřeb dítěte atd.).

3 Souvislost mezi citovou vazbou a poruchami příjmu potravy

Cílem této kapitoly je představení vybraných dosavadních studií zaměřujících se na zkoumání vztahu mezi citovou vazbou a rizikem vzniku poruch příjmu potravy, nikoliv podání jejich vyčerpávajícího přehledu. Z tohoto důvodu byly vybrány studie, které splňují jedno či více z následujících kritérií:

- 1) byly uvedené v roce 2010 a později,
- 2) šlo o velké meta-analytické studie,
- 3) jejich výzkumný design se podobal výzkumnému designu naší studie.

Zkoumání citové vazby a její souvislosti s poruchami příjmu potravy je poměrně malou, avšak důležitou oblastí výzkumu, které doposud nebylo věnováno mnoho pozornosti. Nedávné výzkumy však naznačují, že nám attachmentová teorie může pomoci objasnit potenciální důvody pro rozvoj stravovacích problémů a udržování příznaků poruch příjmu potravy (Tasca, 2019).

Zajímavé výsledky přinesla studie z roku 2010, jejíž autoři se zaměřili na zkoumání toho, do jaké míry attachmentová nejistota (attachment insecurity) souvisí 1. s příznaky jednotlivých PPP a 2. s odhadem výsledků léčby. Zkoumanými osobami bylo 243 žen s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy (z toho 49 žen s restriktivním typem MA, 71 žen se záchvatovitým a/nebo purgativním typem MA a 123 žen s MB) navštěvující intenzivní skupinový léčebný program v nemocnici. Kontrolní skupina sestávala ze 137 zdravých žen. Při porovnání obou skupin bylo zjištěno, že ženy s PPP vykazují statisticky významně vyšší attachmentovou nejistotu než kontrolní skupina zdravých žen. Záchvatovitý/purgativní typ MA byl spojen s vyšší vztahovou vyhýbavostí v porovnání s MB a restriktivním typem MA a zároveň s vyšší vztahovou úzkostností v porovnání s MB. Vyšší míra vztahové úzkostnosti statisticky významně souvisela s vyšší mírou závažnosti symptomů PPP a s horšími výsledky léčby u všech PPP. Ukázalo se tedy, že je vhodné zaměřit se při terapii PPP na attachmentovou nejistotu, jelikož to může zvýšit účinnost léčby (Illing, Tasca, Balfour, & Bissada, 2010).

Tasca a Balfour (2014) ověřovali, zda attachmentová nejistota představuje riziko pro vznik poruchy příjmu potravy. Do svého výzkumu zahrnuli celkem 32 studií z let 2000–2014, které splňovaly stanovená kritéria (muselo jít o empirický výzkum, zkoumanými osobami byli dospělí lidé s diagnostikovanou PPP, ve studiích byla použita standardní attachmentová

měřítka). Bylo zjištěno, že pacienti s PPP vykazovali oproti kontrolní skupině vyšší míru vazebné nejistoty a dezorganizovaných duševních stavů (disorganized mental states). Vztahová úzkost souvisela se závažností příznaků. Tento vztah je pravděpodobně zprostředkován perfekcionismem a strategiemi emoční regulace. Výsledky rovněž ukázaly, že typ attachmentu ovlivňuje proces psychoterapie a její výsledek (vyšší vztahová vyhýbavost častěji vede k nedokončení terapie, zatímco vyšší vztahová úzkostnost zase k horším výsledkům léčby).

Další studie, kterou bychom rádi zmínili, se zaměřovala na zkoumání vztahu mezi predispozicí k rozvoji PPP a attachmentovým stylem u dívek a žen ve věku 15–18 let (N = 287). Výzkum proběhl prostřednictvím dotazníkového šetření. Předpokladem bylo, že existuje vztah mezi nejistými typy attachmentu (tzn. distancovaně vyhýbavým, bázlivě vyhýbavým a zaujatým) a tendencí ke vzniku PPP. Tato hypotéza se potvrdila. Výsledky studie ukázaly, že respondentky s nejistým attachmentem vykazovaly více příznaků PPP, již trpěly PPP nebo byly zařazeny do „hraniční“ skupiny nejvíce ohrožené PPP. Naopak respondentky s jistým attachmentem nevykazovaly přítomnost PPP a rovněž se u nich neobjevovaly predispozice k jejich rozvoji. Závěrem této studie je, že dívky a ženy s nejistým attachmentem jsou více ohrožené rozvojem PPP oproti dívkám a ženám s jistým attachmentem, u nichž je riziko nižší (Manaj, 2016).

Faber, Dubé a Knäuper provedli velkou meta-analytickou studii, do které byla zahrnuta data ze 70 studií (N = 19 470, z toho 13 833 žen). Z těchto studií bylo 67 průřezových, 2 longitudiální a 1 kombinovaná. Většina z nich (n = 58) byla provedena po roce 2000. Co se týče výzkumných osob, šlo většinou o studenty vyšších odborných škol a univerzit. Část studií se zaměřovala na zdravé jedince, druhá část porovnávala klinický a zdravý vzorek. Přibližně 1/3 analyzovaných studií ke zjišťování typu citové vazby využívala dotazník ECR a přibližně 1/2 studií měřila jídelní chování pomocí dotazníků EAT-26, EDI/EDI-2 nebo Binge Eating Scale. Výsledky ukázaly, že attachmentová nejistota, úzkostnost, vyhýbavost a bázlivost statisticky významně souvisely s nezdravějším (tzn. více dysfunkčním) stravovacím chováním. Vyšší attachmentová jistota naopak korelovala s méně nezdravým stravovacím chováním. Zdravé stravování bylo spojeno s nižší attachmentovou vyhýbavostí. Výsledky naznačují, že nedostatek důvěryhodných a spolehlivých vztahů odlišuje jedince s PPP od kontrolní skupiny zdravých jedinců a rovněž charakterizuje nezdravé stravovací chování v obecné populaci (Faber, Dubé & Knäuper, 2018).

Nedávná španělská studie se zabývala zkoumáním vztahu mezi attachmentovým stylem (k rodičům a vrstevníkům) a tělesnou nespokojeností u adolescentů s diagnostikovanou PPP (N = 131). Tato skupina byla porovnávána s kontrolní skupinou zdravých adolescentů (N = 129). Ukázalo se, že adolescenti s PPP mají vůči svým rodičům menší důvěru, hůře se jim komunikuje s rodiči i vrstevníky a vykazují větší odcizení od otců a vrstevníků. V obou skupinách byl nalezen statisticky významný vztah mezi citovou vazbou k rodičům a nespokojeností s vlastním tělem. Ve skupině osob s PPP odcizení od vrstevníků pozitivně korelovalo s tělesnou nespokojeností. Citová vazba s rodiči a pocity odcizení od vrstevníků tedy pravděpodobně ovlivňují nespokojenost s vlastním tělem u adolescentů s PPP (Laporta-Herrero et al., 2021).

Na závěr bychom rádi představili aktuální studii, která se opět zaměřovala na zkoumání vztahu mezi typem citové vazby a narušeným příjmem potravy. Výzkumný soubor sestával z 811 dospělých osob. Z výsledků výzkumu mj. vyplynulo, že je vztahová úzkostnost spojena s vyšší mírou emocionálního jezení, zatímco vztahová vyhýbavost významně souvisela s nevhodnými způsoby jezení (tzn. respondenti vykazovali vyšší skóre v dotazníku EAT-26). Jistá citová vazba byla naopak spojena s více vhodnými způsoby jezení (respondenti vykazovali nižší skóre v dotazníku EAT-26). Z výzkumu tedy vyplynulo, že má nejistá citová vazba vliv na udržování symptomů PPP. Autoři studie doporučují vzít při začátku léčby či vytváření preventivních strategií na zřetel narušený příjem potravy, tělesnou nespokojenost a historii citové vazby (Zakhour et al., 2021).

Shrnutí

Z výsledků výše představených studií vyplývá, že:

- nedostatečná rodičovská péče a rané trauma může vést k rozvoji attachmentové nejistoty. Vyšší míra této nejistoty souvisí s nezdravějším (tzn. více dysfunkčním) stravovacím chováním (Faber, Dubé, & Knäuper, 2018; Zakhour et al., 2021) a vyšší mírou příznaků poruch příjmu potravy (Tasca, 2019; Tasca & Balfour, 2014).
- Dívky a ženy s nejistým attachmentem jsou tedy více ohrožené rozvojem PPP než dívky s jistým attachmentem (Manaj, 2016).
- Adolescenti s PPP mají horší vztah s rodiči oproti kontrolní skupině vrstevníků (Laporta-Herrero et al., 2021).
- Nejistý attachment působí na udržování symptomů PPP (Zakhour et al., 2021).
- Styl attachmentu rovněž ovlivňuje úspěšnost terapie (Tasca & Balfour, 2014)

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy

nebo výzkumné otázky

Na základě poznatků o citové vazbě, poruchách příjmu potravy a vztahu mezi nimi, které jsme rozpracovali v teoretické části této práce, jsme si stanovili následující výzkumné cíle:

- prozkoumat vztah mezi rizikem poruch příjmu potravy a dimenzí vztahové vyhýbavosti – úzkostnosti v rámci konceptu citové vazby,
- zjistit vztah mezi ranými vzpomínkami na vřelost a bezpečí a rizikem poruch příjmu potravy
- a zjistit, zda dimenze vztahové vyhýbavosti – úzkostnosti v rámci konceptu citové vazby a rané vzpomínky na vřelost a bezpečí zvyšují pravděpodobnost poruch příjmu potravy.

Podle výše popsaných výzkumných cílů byly formulovány následující výzkumné otázky a hypotézy:

Výzkumná otázka 1: Jaký je vztah mezi vztahovou vyhýbavostí a rizikem poruch příjmu potravy?

Hypotéza 1: Skóre v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *anorexie a dietní chování* dotazníku EAT-26.

Hypotéza 2: Skóre v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* dotazníku EAT-26.

Hypotéza 3: Skóre v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *orální kontrola* dotazníku EAT-26.

Výzkumná otázka 2: Jaký je vztah mezi vztahovou úzkostí a rizikem poruch příjmu potravy?

Hypotéza 4: Skóre v dimenzi vztahové úzkosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *anorexie a dietní chování* dotazníku EAT-26.

Hypotéza 5: Skóre v dimenzi vztahové úzkosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* dotazníku EAT-26.

Hypotéza 6: Skóre v dimenzi vztahové úzkosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *orální kontrola* dotazníku EAT-26.

Výzkumná otázka 3: Jaký je vztah mezi ranými vzpomínkami na vřelost a bezpečí a rizikem poruch příjmu potravy?

Hypotéza 7: Skóre ve Škále raných vzpomínek na vřelost a bezpečí statisticky významně negativně koreluje se skórem v dotazníku EAT-26.

Výzkumná otázka 4: Zvyšuje vztahová úzkost, vztahová vyhýbavost a rané vzpomínky na vřelost a bezpečí pravděpodobnost poruch příjmu potravy?

Hypotéza 8: Skóre v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR je signifikantním prediktorem poruch příjmu potravy reportovaných ženami.¹

Hypotéza 9: Skóre v dimenzi vztahové úzkosti škály ECR je signifikantním prediktorem poruch příjmu potravy reportovaných ženami.

Hypotéza 10: Skóre ve Škále raných vzpomínek na vřelost a bezpečí je signifikantním prediktorem poruch příjmu potravy reportovaných ženami.

¹ tzn. současných poruch příjmu potravy uvedených respondentkami na základě jejich subjektivního posouzení (diagnostikovaná PPP nebyla podmínkou)

5 Design výzkumného projektu

5.1 Typ výzkumu

Pro účely této práce byl zvolen kvantitativní výzkumný design. Tento design byl použit z několika důvodů: respondentům poskytuje anonymitu, tudíž snižuje míru vlivu sociální desirability, umožňuje statistické zpracování dat a lze díky němu získat velké množství dat v poměrně krátkém čase. Výzkum byl realizován prostřednictvím online dotazníkového šetření na platformě Survio.

5.2 Metody získávání dat

Testová baterie pro sběr dat se skládala z následujících částí:

1. Anamnestické údaje I:

- věk,
- vzdělání,
- bydliště (pouze kraj),
- rodinný stav,
- v jaké rodině respondentka vyrůstala – úplná, neúplná, doplněná, náhradní, jiná,
- otázka na to, zda respondentka vyrůstala v harmonickém rodinném prostředí – ano, spíše ano, spíše ne, ne, jiná odpověď.

2. Test jídelních postojů EAT-26 sloužící ke zjišťování symptomů a rizika poruch příjmu potravy.

3. Škála ECR sloužící k rozpoznání typu citové vazby respondenta.

4. Škála EMWSS mapující rané vzpomínky na vřelost a bezpečí respondenta.

5. Anamnestické údaje II:

- minulé či současné potíže s jídlem: „Domnívám se, že jsem měla/mám potíže s jídlem.“ – ne, ano, jiná odpověď,

- poruchy příjmu potravy v minulosti: „V minulosti jsem trpěla některou poruchou příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání,...).“ – ne, ano, jakou/jakými,
- poruchy příjmu potravy v současnosti: „V současnosti trpím některou poruchou příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání,...).“ – ne, ano, jakou/jakými,
- případná délka trvání obtíží,
- vyhledaná pomoc – ne, ano, jaká,
- současná váha a výška, subjektivně vnímaná ideální váha.

Celkem šlo o 99 otázek/tvrzení, jejichž vyplnění trvalo přibližně 10-20 minut v závislosti na rychlosti respondenta. Všechny námi využitá dotazníkové metody si můžete prohlédnout v přílohách na konci práce (viz. Příloha 1–3).

5.2.1 Test jídelních postojů EAT-26

Test jídelních postojů (Eating Attitude Test; EAT-26) je jedním z nejčastěji užívaných sebesposuzovacích dotazníků ke zjišťování (symptomů) poruch příjmu potravy (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). Sám o sobě však dotazník nediagnostikuje, hodí se spíše jako screeningový nástroj k detekci PPP, zejména pak mentální anorexie. Zároveň je velmi často využíván pro výzkumné účely, jelikož má dobrou schopnost odlišit osoby s PPP od zdravých osob (Lébllová, 2010). Je určen zejména pro adolescenty a dospělé osoby a lze ho využít jak u klinické, tak neklinické populace. Autoři uvádějí, že se EAT-26 ukázal být obzvláště užitečným jako *screeningový nástroj k vyhodnocení rizika poruch příjmu potravy* u studentů středních škol, vysokých škol a dalších ohrožených skupin, jako jsou například atleti (Garner, 2021).

Test byl vytvořen v roce 1979 Garnerem a Garfinkelem, kteří jej standardizovali na americké populaci. Původní verze obsahovala 40 položek (EAT-40), které byly později pomocí faktorové analýzy redukovány na 26 položek, čímž vznikla zkrácená verze dotazníku označovaná jako EAT-26 (Garner, 2021). Pro náš výzkum jsme zvolili tuto zkrácenou verzi testu z toho důvodu, že je ve výzkumech častěji využívána a je časově úspornější. Ačkoliv je námi vybraný nástroj nazýván Testem jídelních postojů, ve studiích se běžně používá

k operacionalizaci PPP a rizika jejich rozvoje (např. Hoerr, Bokram, Lugo, Bivins & Keast, 2002; Babio, Canals, Fernández-Ballart & Arija, 2008; Torres-McGehee, Green, Leeper, Leaver-Dunn, Richardson & Bishop, 2009; Magallares, 2013). Z tohoto důvodu výsledky interpretujeme, v souladu s definicí autorů, tímto způsobem – vyšší skóry v dotazníku EAT-26 (a v jeho subškálách) poukazují na vyšší riziko rozvoje PPP.

Test EAT-26 se skládá ze tří subškál:

- 1) *anorexie a dietní chování*,
- 2) *bulimie a nadměrné (trvalé) zabývání se jídlem*
- 3) *a orální kontrola*, tzn. vědomá kontrola příjmu potravy (Lébllová, 2010).

Příklady tvrzení v subškále anorexie a dietní chování:

- Mám hrůzu z nadváhy.
- Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.
- Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem sacharidů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.).

Příklady tvrzení v subškále bulimie a trvalé zabývání se jídlem:

- Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo.
- Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopen/a přestat.
- Po jídle zvracím.

Příklady tvrzení v subškále orální kontrola:

- Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.
- Krájím jídlo na malé kousky.
- Mám pocit, že by ostatní chtěli, abych jedl/a více (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982).

Respondenti mají za úkol označit na šestibodové Likertově škále (vždy, velmi často, často, někdy, zřídka, nikdy) odpověď, která nejvíce odpovídá jejich aktuálnímu stavu. V testu lze získat maximálně 78 bodů. Při dosažení celkového skóru 20 a více bodů se doporučuje další prozkoumání. Tento výsledek naznačuje vysokou míru zaobírání se dietami a tělesnou hmotností nebo problematického stravovacího chování a může poukazovat na riziko rozvoje PPP. To se vyhodnocuje na základě postojů, pocitů a chování spojených s jezením a příznaky PPP. Autoři doporučují interpretovat výsledek společně s dalšími faktory, nikoliv izolovaně.

Interpretace testu by se podle autorů měla odvíjet od: 1. celkového dosaženého skóru v EAT-26, 2. behaviorálních otázek (indikujících možné symptomy PPP nebo nedávný výrazný úbytek váhy) a 3. nízké tělesné hmotnosti vzhledem k normám pro daný věk. Při splnění alespoň jednoho z těchto kritérií autoři doporučují vyhledat odbornou pomoc, jelikož může poukazovat na možné riziko rozvoje PPP (Garner, 2021).

Test EAT-26 je považován za validní, reliabilní a ekonomický nástroj, který může být užitečný jako objektivní měřítko příznaků MA (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). Rivas, Bersabé, Jiménez a Berrocal (2010) se v rámci ověřování psychometrických charakteristik dotazníku EAT-26 zaměřili na zjišťování schopnosti testu rozlišovat mezi jedinci s PPP a bez PPP. Z výsledků vyplývá, že má dotazník dobrou specifitu (0,94), ale nedostatečnou senzitivitu (0,77). Hodnota falešně pozitivních případů byla 0,06 a hodnota falešně negativních případů byla 0,23. Podle Mann et al. (1983) byla při prahové hodnotě 20 bodů rovněž vyšší specifita (0,96) než senzitivita (0,88), což znamená, že ve 4 % případů v testu vyšel falešně pozitivní výsledek a ve 12 % případů naopak falešně negativní výsledek.

5.2.2 Škála ECR

Škála Experiences in Close Relationships (ECR) patří mezi nejrozšířenější sebesupozovací metody k určování typu citové vazby v dospělosti. V roce 1998 ji vytvořila Brennanová, Clarková a Shaver a od doby svého vzniku byla využita ve velkém množství výzkumů. Překlad do českého jazyka provedl Lečbych a Pospíšilíková (2012).

Škála obsahuje celkem 36 položek a je tvořena dvěma subškálami po 18 položkách: *vztahovou úzkostností* (sudá tvrzení) a *vztahovou vyhýbavostí* (lichá tvrzení). "*Vztahová úzkostnost (attachment anxiety), je definována jako strach z odmítnutí, strach ze separace, opuštění. Druhá z nich, vztahová vyhýbavost (attachment avoidance), je definována jako nepohoda v intimních situacích a v situacích podněcujících k závislosti na druhém*" (Brennan, Clark, Shaver, 1998; podle Lečbych & Pospíšilíková, 2012, s. 3). Pro vztahovou úzkostnost je typická snížená emocionální stabilita a odolnost vůči zátěži. Vztahová vyhýbavost se projevuje sníženou schopností navazovat kontakty (Seitl, Charvát & Lečbych, 2016).

Respondenti na jednotlivé položky odpovídají na sedmibodové Likertově stupnici (od 1 – rozhodně nesouhlasím, po 7 – rozhodně souhlasím). Některé z položek mají reverzní skórování. Podle míry vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti lze určit čtyři základní typy citové vazby: jistou, distancovaně vyhýbavou, nadměrně zaujatou a bázlivě vyhýbavou. Postup vyhodnocení této škály je popsán v přílohách na konci práce (viz. Příloha 2).

Příklady tvrzení v subškále vztahové úzkostnosti:

- Dělá mi starosti, že bych mohl/a být odmítnut/a nebo opuštěn/a.
- Dělán si starosti o své vztahy.
- Trápí mě, že druhým na mně nezáleží tolik, jako mně na nich.

Příklady tvrzení v subškále vztahové vyhýbavosti:

- Raději neukazuji druhým lidem, jak se opravdu cítím.
- Jsem velmi spokojený/á, když jsem blízko druhým lidem.
- Jakmile se někdo začne se mnou sbližovat, přistihnu se, jak se odtahuji pryč (Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

Na ověřování psychometrických charakteristik škály ECR se zaměřovalo mnoho zahraničních i českých studií. Psychometrické charakteristiky české verze škály prověřoval Seidl a kolektiv (2016). Autoři uvádějí, že „*výsledky studie přinesly informace o faktorové struktuře, reliabilitě a validitě, které potvrzují psychometrické kvality metody a její vhodnost pro výzkum a klinickou praxi*“ (Seidl et al., 2016, s. 368). Škála se díky svým parametrům a dobré vazbě na teorii stala oblíbenou metodou využívanou ve výzkumu i v praxi. Výše zmínění autoři na základě faktorové analýzy vyloučili pět položek z původní české verze a vytvořili tak novou verzi škály nazvanou ECR-CZ. Tato verze má lepší psychometrické charakteristiky a je autory doporučována k použití při práci s jednotlivými klienty. Původní ECR má i přesto dobré parametry validity a reliability a je vhodné ji využít pro výzkumné účely a mezinárodní srovnání. Z tohoto důvodu jsme se v našem výzkumu rozhodli použít původní verzi škály (Seidl, Charvát & Lečbych, 2016).

5.2.3 Škála raných vzpomínek na vřelost a bezpečí EMWSS

Jak jsme již popisovali v teoretické části práce, zážitky z období raného dětství (obzvláště ty, které jsou spojené s pocity bezpečí) mají zásadní vliv na fyziologický,

psychologický a sociální vývoj jedince. Zatímco bezpečné, vřelé a pečující prostředí snižuje náchylnost k rozvoji psychopatologie, zážitky odmítání, zanedbávání či zneužívání tuto náchylnost zvyšují. Z toho vycházeli autoři škály EMWSS (Early Memories of Warmth and Safeness Scale), která se zaměřuje na vybavení si vlastních pozitivních pocitů, emocí a zážitků z dětství (Richter, Gilbert & McEwan, 2009).

Škála posuzuje, jaké pocity z dětství si respondent pamatuje a ukazuje, nakolik vnímá, že mu byla projevována rodičovská láska a vřelost. Nadprůměrné výsledky naznačují, že se respondent v dětství cítil milován a rodiče mu vyjadřovali dostatečné pochopení a podporu. Podprůměrných výsledků naopak obvykle dosahují respondenti, jejichž rodiče o ně projevovali menší zájem, byli emočně chladnější a méně empatičtí. V projevování citů byli tedy spíše odtažití a/nebo nadměrně úzkostní (Dvorská, 2018).

EMWSS byla vytvořena v roce 2009 Richterem, Gilbertem a McEwanovou. Do českého jazyka byla přeložena v roce 2017 Bendou a Dvorskou jako EMWSS-CZ. Škála obsahuje 21 položek, na něž respondenti odpovídají na pětibodové stupnici Likertova typu (ne, nikdy; ano, ale jen zřídka; ano, někdy; ano, často; ano, většinou) (Dvorská, 2018).

Příklady položek české verze dotazníku EMWSS:

- Měl/a jsem pocit jistoty a bezpečí.
- Cítil/a jsem, že mě druzí mají rádi takového/takovou, jaký/á jsem.
- Cítil/a jsem, že mi druzí rozumí (Dvorská, 2018).

Autoři uvádějí, že byly zjištěny dobré psychometrické charakteristiky škály EMWSS (Cronbachova alfa 0,97; test-retestová reliabilita zjišťovaná v intervalu dvou týdnů $r = 0,91$) (Richter, Gilbert & McEwan, 2009).

5.3 Etika výzkumu

Účast v našem výzkumu byla zcela dobrovolná, tzn. že jí respondentky mohly kdykoliv přerušit a vyplňování dotazníku nedokončit. Respondentky byly informovány o tom, že je dotazník zcela anonymní, nepožadujeme žádné osobní údaje a veškeré získané informace budou použity pouze pro výzkumné účely. Z důvodu obavy z možného zkreslení dat jsme dopodrobna nepopisovali účel výzkumu, pouze jsme sdělili, že se zaměřuje na téma jídla a blízkých vztahů. V úvodu jsme zanechali kontaktní údaje, na které se respondentky mohly obracet s případnými dotazy či připomínkami. Domníváme se, že vyplňování

anonymních online dotazníků je obecně poměrně komfortní a málo zatěžující způsob sběru dat, což může snížit riziko nepravdivých odpovědí.

5.4 Průběh výzkumu

Sběr dat probíhal od 29. ledna 2021 do 25. února 2021 prostřednictvím online dotazníků. Potenciální respondenty jsme oslovili skrze vysokoškolské studentské skupiny na sociální síti Facebook. Žádost s prosbou o vyplnění našeho online dotazníku se nám nakonec podařilo umístit do patnácti skupin zřizovaných studenty různých vysokých škol v rámci České republiky. Očekávali jsme spíše nižší návratnost dotazníků, ale byli jsme překvapeni poměrně velkým spontánním zájmem o účast ve výzkumu, což může poukazovat na aktuálnost a naléhavost daného tématu. Jedná se pravděpodobně o téma, které je pro lidi v současné době zajímavé.

5.5 Výzkumný soubor

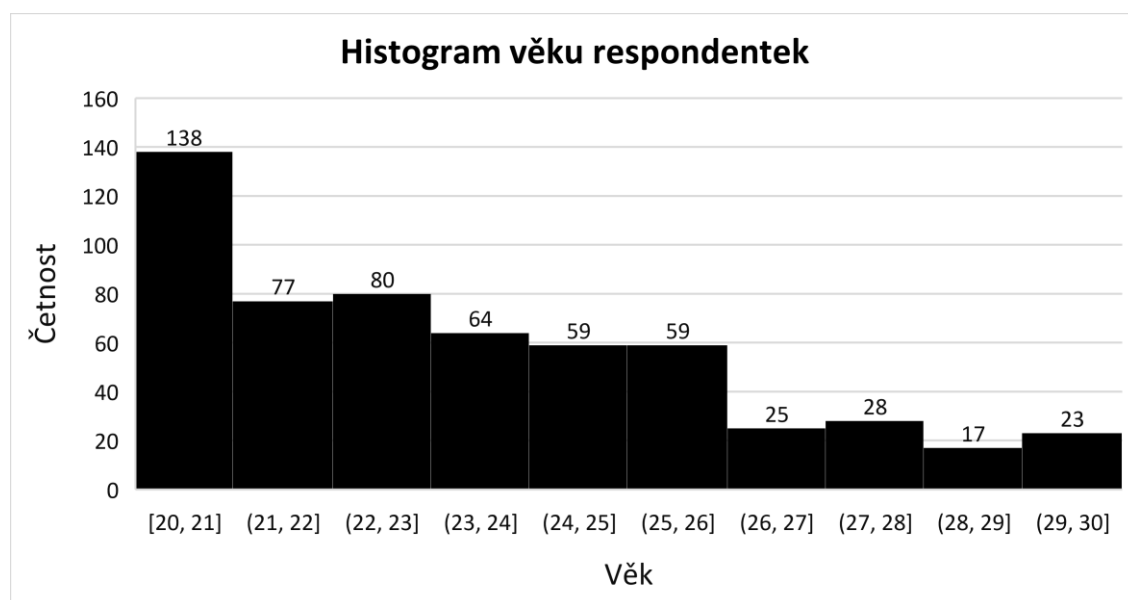
Cílovou skupinu v našem výzkumu představují ženy v období mladé dospělosti. Tuto věkovou kategorii jsme zvolili z toho důvodu, že se jedná (spolu s adolescenty) o skupinu nejvíce ohroženou poruchami příjmu potravy (Krch, 2007; Schmidt et al., 2016). Původně jsme měli v plánu orientovat se na klinickou populaci, ale vzhledem k restrikcím spojeným s pandemií viru SARS-CoV-2 jsme byli nuceni změnit náš původní plán a zaměřit se na ženy z neklinické populace. Respondenty jsme získali metodou nenáhodného výběru, konkrétně metodou samovýběru. Kritériem bylo ženské pohlaví a věk od 20 do 30 let včetně. Tato metoda sběru dat sice není reprezentativní a může způsobit zkreslení výsledků, ale kvůli již zmíněným omezením spojeným s pandemií viru SARS-CoV-2 se tato možnost jevila jako nejlepší, jelikož nám umožnila oslovit velké množství žen v poměrně krátkém čase a současně nikoho neohrozit. Celkově se nám podařilo získat data od 582 žen, nicméně 12 z 582 vyplněných dotazníků nevyhovovalo stanoveným věkovým kritériím, tudíž jsme je museli vyřadit. Zbyla nám tedy data od 570 žen, která jsme následně statisticky zpracovávali. V tuto chvíli se zaměříme na bližší popis našeho výzkumného souboru z hlediska různých charakteristik. Pro větší přehlednost přikládáme tabulky a grafy.

Věk

Nejpočetnější věkovou skupinou v našem výzkumném vzorku byla skupina 23letých žen o počtu $n = 80$ (tj. 14 % z celkového souboru). Nejméně početná byla skupina 29letých žen, která čítala 17 osob (3 %). Popis souboru z hlediska věku ukazuje tabulka č. 3 a 4.

Věk	Počet (n)	%
20	70	12
21	68	12
22	77	14
23	80	14
24	64	11
25	59	10
26	59	10
27	25	4
28	28	5
29	17	3
30	23	4

Tabulka 3: Četnost zastoupení jednotlivých věkových skupin



Graf 1: Rozložení respondentek ($N = 570$) dle věku

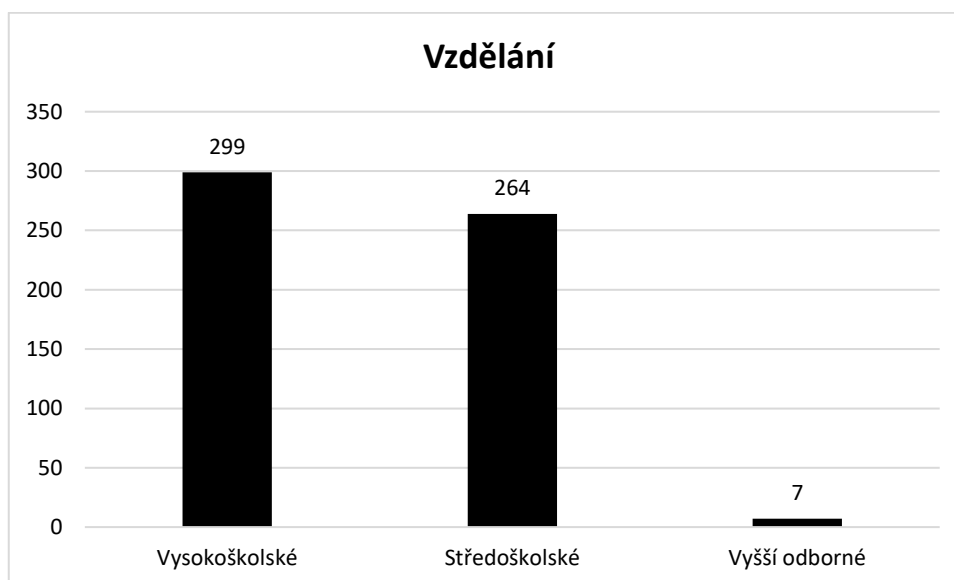
Průměrný věk respondentek byl 23,8 let, modus 23 let a medián rovněž 23 let.

	Průměr	Směrodatná odchylka	Modus	Medián
Celkový věk	23,77	2,75	23	23

Tabulka 4: Deskriptivní statistiky věku respondentek

Nejvyšší dosažené vzdělání

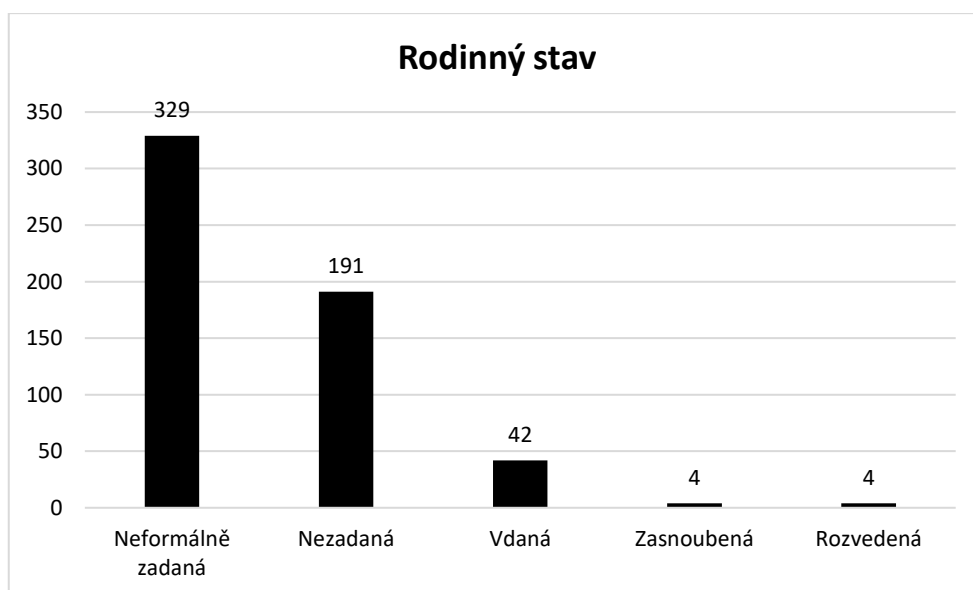
Co se týče nejvyššího dosaženého vzdělání, 299 žen (52,5 %) uvedlo vysokoškolské vzdělání 264 žen (46,3 %) uvedlo středoškolské vzdělání a 7 žen (1,2 %) vyšší odborné vzdělání.



Graf 2: Rozložení respondentek (N = 570) dle dosaženého vzdělání

Rodinný stav

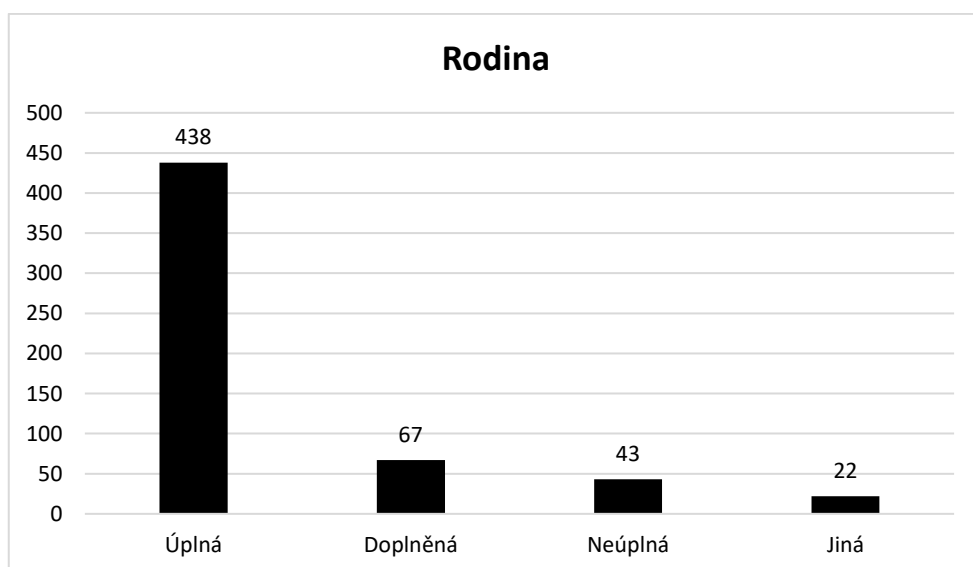
Z celkového počtu respondentek bylo 329 žen (57,7 %) neformálně zadaných, 191 žen (33,5 %) nezadaných, 42 žen (7,4 %) vdaných, 4 ženy zasnoubené (0,7 %) a 4 ženy (0,7 %) rozvedené.



Graf 3: Rozložení respondentek (N = 570) dle rodinného stavu

Rodina

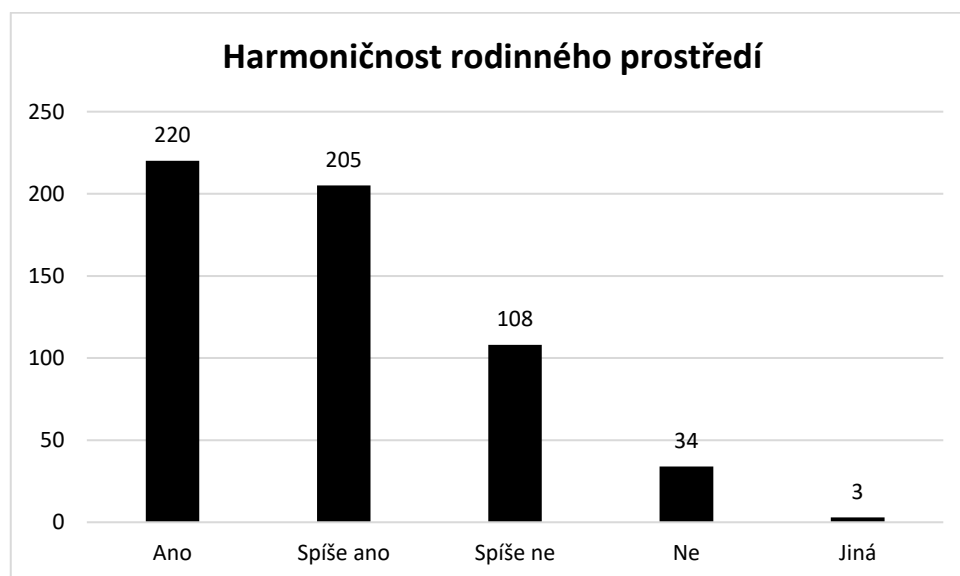
438 žen (76,8 %) vyrůstalo v úplné rodině, 67 žen (11,8 %) vyrůstalo v doplněné rodině (s vlastním rodičem a jeho novým partnerem/partnerkou), 43 žen (7,5 %) vyrůstalo v neúplné rodině (s jedním vlastním rodičem, který neměl nového partnera) a zbylých 22 žen (3,9 %) uvedlo jinou možnost (nejčastěji šlo o kombinaci výše zmíněných kategorií, viz. Příloha 5 na konci práce).



Graf 4: Rozložení respondentek (N = 570) dle typu rodiny, ve které vyrůstaly

Vnímaná harmoničnost rodinného prostředí

Na otázku „Vnímáte, že jste vyrůstala v harmonickém rodinném prostředí?“ odpovědělo 220 žen (38,6 %) „Ano“, 205 (36 %) žen „Spíše ano“, 108 žen (18,9 %) „Spíše ne“ a 34 žen (6 %) „Ne“. Zbylé 3 ženy (0,5 %) uvedly jinou odpověď („Jak kdy.“, „Půl na půl, nedá se určit.“, „V rámci možností“.)



Graf 5: Rozložení respondentek ($N = 570$) dle harmoničnosti rodinného prostředí

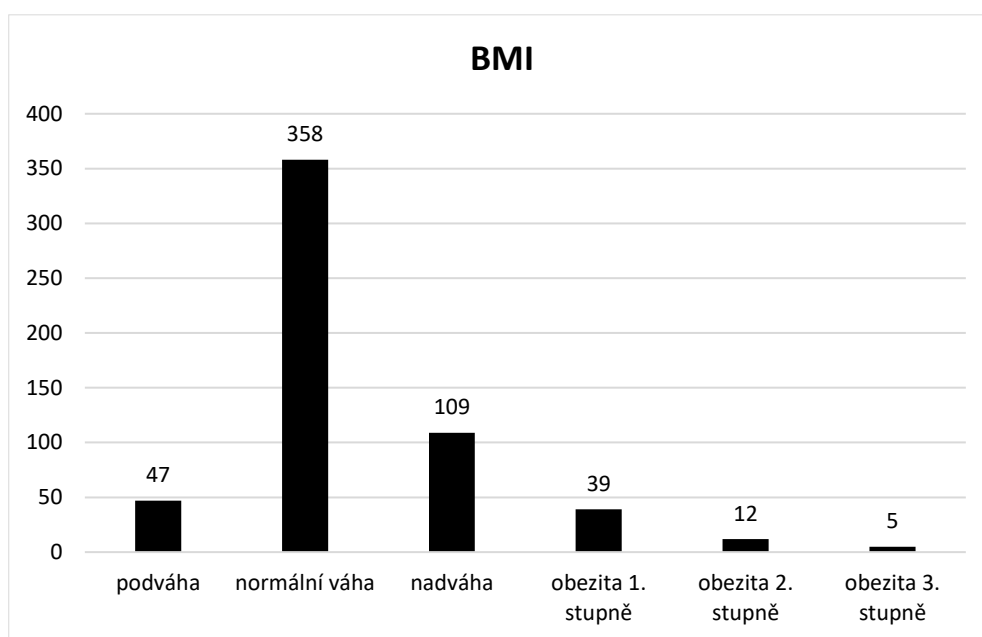
Body Mass Index (BMI)

Dále jsme se respondentek tázali na váhu, ideální váhu a výšku. Z hodnot váhy a výšky jsme vypočítali Body Mass Index neboli Index tělesné váhy, abychom získali přibližnou představu o tom, jaké množství našich respondentek spadá do kategorií mimo normu (tzn. podváha, nadváha a obezita). Jde o měřítko používané k orientačnímu určení stavu výživy. BMI lze spočítat vydělením hmotnosti člověka (v kilogramech) druhou mocninou jeho výšky (v metrech). Na základě vypočtené hodnoty jedince můžeme zařadit do jednotlivých kategorií (podváha, norma, nadváha a obezita) a predikovat riziko různých onemocnění. Při interpretaci výsledné hodnoty je třeba zohlednit pohlaví a věk jedince (World Health Organization, 2021).

V níže přiložené tabulce a grafu můžeme vidět, že 358 žen z našeho souboru (tj. 63 %) spadá do pásma normální váhy, 109 žen (19 %) vykazuje nadváhu, 56 žen (10 %) spadá do kategorie obezity 1., 2. či 3. stupně a pouze 47 (8 %) žen se nachází v pásmu podváhy.

BMI	Kategorie	Počet (n)	%
Méně než 18,5	podváha	47	8
18,5-24,9	normální váha	358	63
25,0-29,9	nadváha	109	19
30,0-34,9	obezita 1. stupně	39	7
35,0-39,9	obezita 2. stupně	12	2
40,0 a více	obezita 3. stupně	5	1

Tabulka 5: Četnost zastoupení jednotlivých kategorií BMI



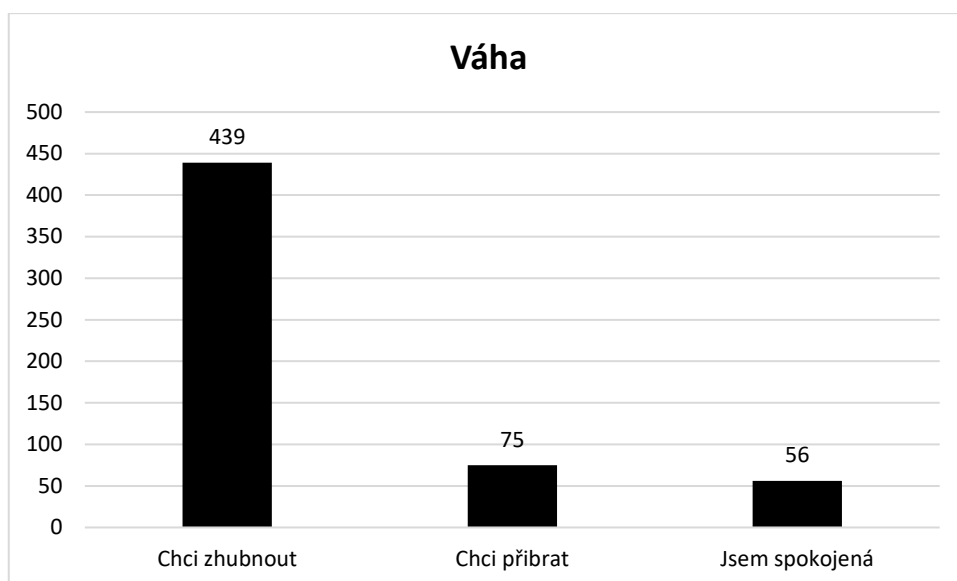
Graf 6: Rozložení respondentek (N = 570) dle BMI

Ideální váha

Po vyhodnocení odpovědí na otázku „Jaká je Vaše ideální váha?“ bylo zjištěno, že:

- 439 žen by si přálo nižší váhu, a to průměrně o 9 kilogramů (modus -5, medián -5),
- 75 žen by si přálo vyšší váhu, a to průměrně o 4 kilogramy (modus 5, medián 4)
- a pouze 56 žen je spokojeno se svou současnou váhou a neměnilo by.

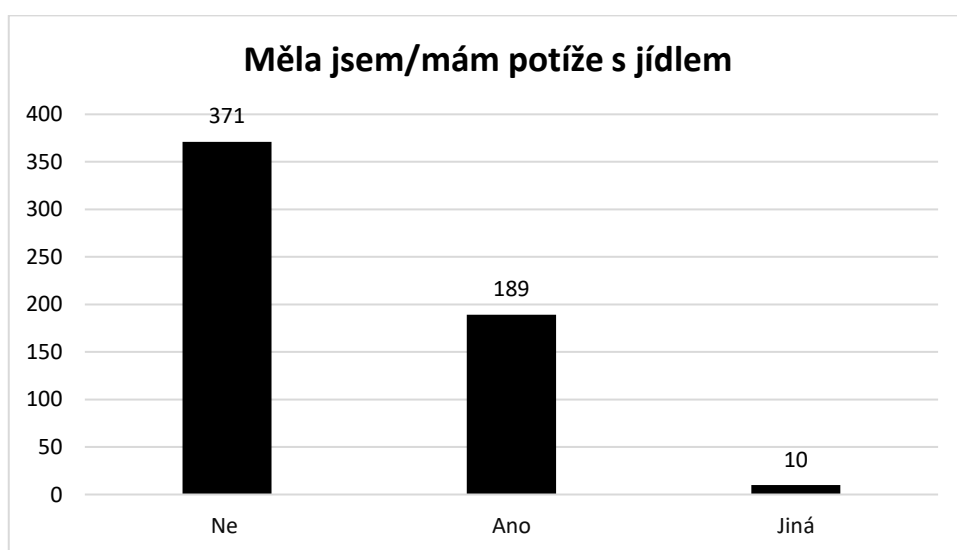
Z toho vyplývá, že 90 % žen v našem souboru nepovažuje svou současnou váhu za ideální. Více než 75 % žen by si přálo nižší váhu a 13 % žen naopak vyšší váhu. Pouze 10 % žen z našeho výzkumného vzorku se domnívá, že je jejich současná váha ideální.



Graf 7: Rozložení respondentek (N = 570) dle spokojenosti se současnou váhou

Minulé či současné potíže s jídlem

Dále jsme se respondentek ptali na to, zda měly či mají potíže s jídlem. 371 žen (tj. 65 %) uvedlo, že potíže neměly/nemají, 189 žen (33 %) uvedlo, že potíže měly/mají a zbylých 10 žen (2 %) napsalo jinou odpověď (viz. Příloha 5 na konci práce). Zajímavou informací pro nás bylo, že pouze 37 žen pro své potíže s jídlem vyhledalo odbornou pomoc – 20 z těchto žen uvedlo, že využilo psychoterapii a 15 farmakoterapii. Domníváme se, že část těchto respondentek pravděpodobně měla diagnostikovanou PPP.

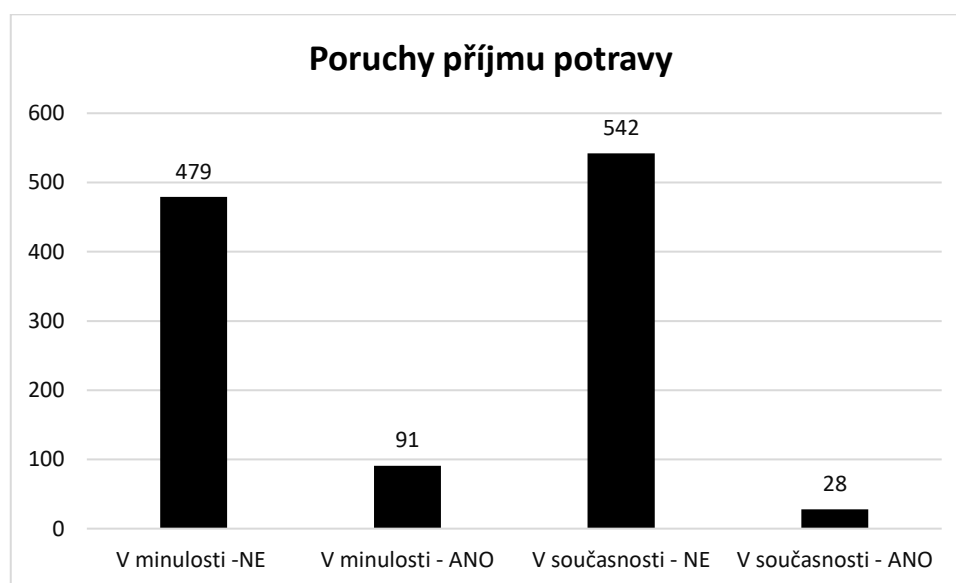


Graf 8: Rozložení respondentek (N = 570) dle vnímaných potíží s jídlem

Poruchy příjmu potravy

Na otázku, zda respondentka v minulosti trpěla poruchou příjmu potravy, odpovědělo 479 žen (84 %) „Ne“ a 91 žen (16 %) „Ano“. Co se týče současných poruch příjmu potravy, 542 žen (95 %) uvedlo, že poruchou příjmu potravy netrpí a zbylých 28 žen (5 %) uvedlo, že se v současnosti potýkají s poruchou příjmu potravy. Část respondentek byla ochotna specifikovat, o jaký typ PPP se jednalo/jedná. Jejich výčet naleznete na konci práce (viz. Příloha 5).

Na současné poruchy příjmu jsme se respondentek tázaly, abychom mohli zodpovědět výzkumnou otázku č. 4, která zní: „Zvyšuje vztahová úzkostnost, vztahová vyhýbavost a rané vzpomínky na vřelost a bezpečí pravděpodobnost poruch příjmu potravy?“ Jednotlivé odpovědi na otázku současných PPP jsme poté využili pro účely logistické regrese, pomocí níž jsme testovali hypotézy H8–H10. Minulé PPP jsme zjišťovali za účelem porovnání počtu žen s PPP v minulosti oproti počtu žen se současnou PPP.



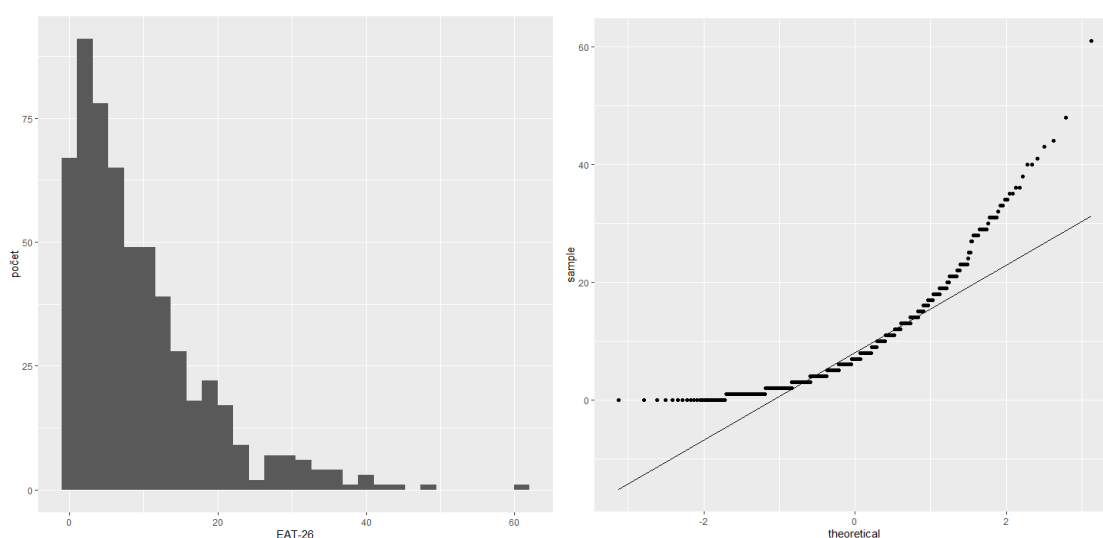
Graf 9: Rozložení respondentek (N = 570) dle poruch příjmu potravy v minulosti a v současnosti

Délka trvání obtíží s jídlem

Celkem 73 žen specifikovalo délku trvání svých obtíží s jídlem. Na základě číselných hodnot od 51 respondentek vyšlo, že je průměrná délka trvání jejich obtíží 3,35 roku (modus 2, medián 2). Zbylých 22 slovních odpovědí, které nebylo možné kvantifikovat, je zařazeno do příloh na konci práce (viz. Příloha 5).

5.6 Metody zpracování a analýzy dat

Ke zpracování nasbíraných dat od 570 respondentek jsme zvolili program MS Excel 2016 a statistický program Jamovi 1.6.15. Statistická analýza byla provedena v programu *Jamovi*. Z důvodu nenormálního rozdělení skóre v dotazníku EAT-26, které vykazovalo velké pozitivní zešíkmení, jsme se rozhodli pro využití neparametrických testů (viz. grafy níže). Pro ověření hypotéz H1–H7 byl vybrán Spearmanův korelační koeficient měřící sílu vztahu dvou proměnných v případě, že není možné předpokládat linearitu očekávaného vztahu nebo normální rozdělení těchto proměnných. Hypotézy H8–H10 byly testovány pomocí binomické logistické regrese.



Graf 10: Rozdělení skóre dotazníku EAT-26

6 Výsledky

Výsledky výzkumu vycházejí z dat získaných z výše uvedených dotazníků a otázek týkajících se anamnestických údajů respondentek.

6.1 Deskriptivní statistiky

V této kapitole uvádíme deskriptivní statistiky jednotlivých proměnných, konkrétně pak poruch příjmu potravy, citové vazby a raných vzpomínek na vřelost a bezpečí. Hodnoty všech proměnných jsou pro větší přehlednost uvedeny v samostatných tabulkách.

Poruchy příjmu potravy

V tabulce č. 6 uvádíme hodnoty Testu jídelních postojů EAT-26 a jeho subškál: *anorexie a dietní chování*, *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* a *orální kontrola*. Respondentky v našem výzkumu dosahovaly celkového průměrného skóre 9,44 bodů (SD = 8,76), přičemž 20 bodů a více poukazuje na narušené jídelní postoje respondenta a možné ohrožení poruchami příjmu potravy. Skóru ≥ 20 dosáhlo 64 žen z našeho souboru (tj. přibližně 11 %).

	Průměr	Směrodatná odchylka	Modus	Medián
EAT-26	9,44	8,76	2	7
Anorexie a dietní chování	5,26	5,98	0	3
Bulimie a nadměrné zabývání se jídlem	2,16	2,63	0	1
Orální kontrola	2,02	2,45	0	1

Tabulka 6: Hodnoty dotazníku EAT-26 a jeho subškál

Citová vazba

V tabulce č. 7 jsou uvedené hodnoty dimenze vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti škály ECR. V tabulce č. 8 pro porovnání uvádíme pracovní normy Lečbycha a Pospíšilíkové (2012), které vznikly v rámci pilotní studie, v níž posuzovali vztahovou vazbu v dospělosti u českých a amerických studentů psychologie. Při porovnání hodnot v obou tabulkách můžeme vidět, že náš výzkumný soubor vykazuje o něco vyšší skóre v obou dimenzích.

	Průměr	Směrodatná odchylka	Modus	Medián
Vztahová vyhýbavost	3,56	1,06	4,06	3,56
Vztahová úzkostnost	3,93	1,05	3,83	3,94

Tabulka 7: Hodnoty dimenze vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti škály ECR

	Průměr	Směrodatná odchylka
Vztahová vyhýbavost	3,14	0,65
Vztahová úzkostnost	3,68	0,73

Tabulka 8: Hodnoty dimenze vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti škály ECR u českých studentů psychologie (N = 108) dle Lečbycha a Pospíšilíkové (2012)

V tabulce č. 9 můžete nalézt zastoupení jednotlivých typů citové vazby (tzn. jisté, distancovaně vyhýbavé, bázlivě vyhýbavé a nadměrně zaujaté) u našeho souboru. Z tabulky je patrné, že nejvíce žen ($n = 264$) vykazuje bázlivě vyhýbavou vazbu a nejméně žen ($n = 84$) vykazuje vazbu jistou. Podle škály ECR má tedy 85 % žen z našeho výzkumného vzorku nejistý typ vazby a pouze u 15 % žen se objevuje vazba jistá.

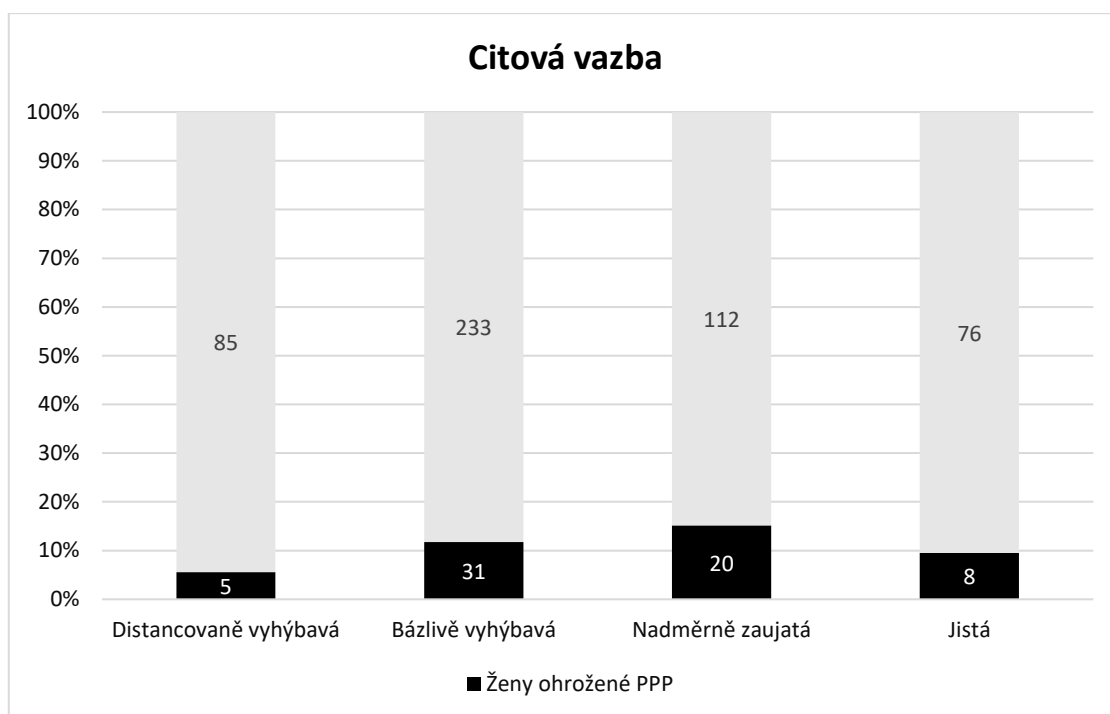
Citová vazba	Počet (n)	%
Distancovaně vyhýbavá (dismissing)	90	16 %
Bázlivě vyhýbavá (fearful)	264	46 %
Nadměrně zaujatá (preoccupied)	132	23 %
Jistá (secure)	84	15 %

Tabulka 9: Rozložení typů citové vazby dle škály ECR

V tabulce č. 10 předkládáme zastoupení jednotlivých typů citové vazby u žen ohrožených PPP (tzn. u žen, které v testu EAT-26 dosahovaly skóru ≥ 20 ; $n = 64$, tj. přibližně 11 %). Nejvíce ohrožených žen ($n = 31$) vykazuje rovněž bázlivě zaujatou vazbu, ale rozdíly mezi ní a ostatními typy vazeb nejsou natolik nápadné jako u tabulky výše. Největší procento žen ohrožených PPP však pochází ze skupiny s nadměrně zaujatou vazbou.

Citová vazba	Ženy ohrožené PPP (celkové skóre v dotazníku EAT-26 ≥ 20)	Relativní četnost
Distancovaně vyhýbavá (dismissing)	5	6 %
Bázlivě vyhýbavá (fearful)	31	12 %
Nadměrně zaujatá (preoccupied)	20	15 %
Jistá (secure)	8	9 %

Tabulka 10: Rozložení typů citové vazby dle škály ECR u žen ohrožených PPP



Graf 11: Rozložení respondentek podle typu citové vazby dle škály ECR

Rané vzpomínky na vřelost a bezpečí

V tabulce č. 11 jsou zobrazené hodnoty Škály raných vzpomínek na vřelost a bezpečí (EMWSS). Respondentky mohly dosáhnout maximálního skóru 84 bodů. Průměr u našeho výzkumného souboru je 53,76 bodů (SD = 19,26). Dosažený skór 47–48 bodů se nachází na 50. percentilu. Náš celkový průměrný skór 53,76 bodů se (při zaokrouhlení na celé číslo) nachází na 65. percentilu, což znamená, že 65 % lidí dosahuje nižších skórů a 35 % naopak vyšších skórů. Pro porovnání v tabulce č. 12 uvádíme hodnoty škály EMWSS dle Dvorské (2018), která se podílela na překladu škály do českého jazyka a v rámci své diplomové práce zkoumala rané vzpomínky na vřelost a bezpečí, soucit se sebou a tendenci k prožívání studu na vzorku českých respondentů o počtu $N = 305$ (z toho bylo 103 mužů a 202 žen o průměrném věku 32,44 let) (Dvorská, 2018). Z tabulek níže je patrné, že naše respondentky vykazovaly vyšší skóry než respondenti Dvorské, a to přibližně o 6 bodů.

	Průměr	Směrodatná odchylka	Modus	Medián
EMWSS	53,76	19,26	63	57

Tabulka 11: Hodnoty škály EMWSS

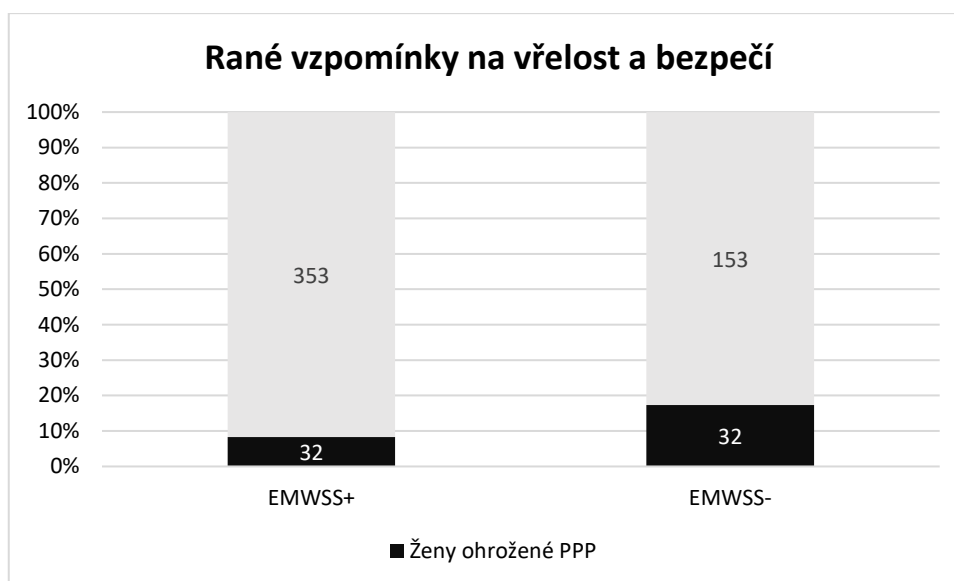
	Průměr	Směrodatná odchylka
EMWSS	47,83	18,87

Tabulka 12: Hodnoty škály EMWSS u českých respondentů (N = 305) dle Dvorské (2018)

V tabulce č. 12 uvádíme rozložení respondentek podle dosažených bodů ve Škále raných vzpomínek na vřelost a bezpečí (EMWSS) a v Testu jídelních postojů (EAT-26). Z celkového počtu žen ohrožených PPP (tzn. žen, které v testu EAT-26 získaly 20 a více bodů; n = 64) dosahovalo 50 % žen (n = 32) průměrného či nadprůměrného výsledku ve škále EMWSS a 50 % (n = 32) žen podprůměrného výsledku ve škále EMWSS. Ze všech žen, které nevykazovaly tendence k PPP (tzn. žen, které v testu EAT-26 získaly méně než 20 bodů; n = 506) dosahovalo 70 % žen (n = 353) průměrného či nadprůměrného výsledku ve škále EMWSS a 30 % žen (n = 153) podprůměrného výsledku ve škále EMWSS. Průměrného či nadprůměrného počtu bodů v EMWSS získalo 68 % respondentek (n = 385) a podprůměrného počtu bodů zbylých 32 % respondentek (n = 185). Dvorská (2018) uvádí, že nadprůměrných výsledků obvykle dosahují lidé, kteří se v dětství cítili milováni a pro něž byli rodiče zdrojem jistoty a bezpečí. Podprůměrných výsledků naopak dosahují lidé, jejichž rodiče byli v projevoování pozitivních emocí spíše odtažití nebo o své dítě neprojevovali dostatečný zájem.

<i>Rané vzpomínky na vřelost a bezpečí</i>	<i>Ženy ohrožené PPP (celkové skóre v dotazníku EAT-26 \geq 20)</i>	<i>Ženy bez tendencí k PPP (celkové skóre v dotazníku EAT-26 $<$ 20)</i>
EMWSS+ (celkové skóre v dotazníku EMWSS \geq 47)	32	353
EMWSS- (celkové skóre v dotazníku EMWSS $<$ 47)	32	153

Tabulka 13: Rozložení respondentek na základě raných vzpomínek na vřelost a bezpečí a tendencí k PPP dle škály EMWSS a testu EAT-26



Graf 12: Rozložení respondentek na základě raných vzpomínek na vřelost a bezpečí dle škály EMWSS

6.2 Testování hypotéz

Hypotézy H1–H7 byly testovány Spearmanovým korelačním koeficientem (respektive *t*-testem) na pětiprocentní hladině významnosti. Z důvodu jednostranných hypotéz jsme použili jednostranný test.

K otestování hypotéz H8–H10 byla použita binomická logistická regrese, jejíž předpoklady byly ověřeny a splněny (viz. Příloha 4 na konci práce).

Hypotéza 1: Skóre v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *anorexie a dietní chování* dotazníku EAT-26.

Mezi skóry v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR a skóry v subškále *anorexie a dietní chování* nebyl nalezen statisticky významný pozitivní vztah, $r_s(568) = 0,047$; $p = 0,13$. Na základě těchto hodnot nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu. Nenašli jsme dostatek důkazů pro to, abychom mohli říct, že skóre v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *anorexie a dietní chování* dotazníku EAT-26. To znamená, že ženy v našem souboru vykazující vyšší míru vztahové vyhýbavosti zároveň nevykazují vyšší míru symptomů *anorexie a dietního chování* a naopak.

Hypotéza 2: Skóre v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* dotazníku EAT-26.

Mezi skóry v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR a skóry v subškále *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* byl nalezen statisticky významný pozitivní vztah, $r_s(568) = 0,106$; $p = 0,006$. Zamítáme tedy nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Dle de Vause (2002) jde o nízkou až střední korelaci mezi skóry. Nalezli jsme tedy souvislost mezi hodnotami v dimenzi vztahové vyhýbavosti a hodnotami v subškále bulimie a nadměrné zabývání se jídlem, což znamená, že ženy z našeho souboru, které dosahovaly vyšší míry vztahové vyhýbavosti zároveň vykazovaly vyšší míru symptomů bulimie a nadměrného zabývání se jídlem a naopak.

Hypotéza 3: Skóre v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *orální kontrola* dotazníku EAT-26.

Mezi skóry v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR a skóry v subškále *orální kontrola* byl nalezen statisticky významný pozitivní vztah, $r_s(568) = 0,133$; $p < 0,001$. Zamítáme tedy nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Úroveň korelace mezi skóry je nízká až střední (podle de Vaus, 2002). To znamená, že u žen v našem souboru byla nalezena souvislost mezi hodnotami v dimenzi vztahové vyhýbavosti a hodnotami v subškále orální kontrola. Ženy s vyšší mírou vztahové vyhýbavosti tedy zároveň vykazovaly vyšší míru symptomů orální kontroly a naopak.

Hypotéza 4: Skóre v dimenzi vztahové úzkostnosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *anorexie a dietní chování* dotazníku EAT-26.

Mezi skóry v dimenzi vztahové úzkostnosti škály ECR a skóry v subškále *anorexie a dietní chování* byl nalezen statisticky významný pozitivní vztah, $r_s(568) = 0,261$; $p < 0,001$. Zamítáme tedy nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Úroveň korelace mezi skóry je nízká až střední (podle de Vaus, 2002). Nalezli jsme tedy souvislost mezi hodnotami v dimenzi vztahové úzkostnosti a hodnotami v subškále anorexie a dietní chování. Z toho plyne, že ženy z našeho souboru, které dosahovaly vyšší míry vztahové úzkostnosti zároveň vykazovaly vyšší míru symptomů anorexie a dietního chování a naopak.

Hypotéza 5: Skóre v dimenzi vztahové úzkostnosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* dotazníku EAT-26.

Mezi skóry v dimenzi vztahové úzkostnosti škály ECR a skóry v subškále *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* byl nalezen statisticky významný pozitivní vztah, $r_s(568) = 0,289$; $p < 0,001$. Zamítáme tedy nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Dle de Vause (2002) jde o nízkou až střední korelaci mezi skóry. Z toho vyplývá, že jsme našli souvislost mezi hodnotami v dimenzi vztahové úzkostnosti a hodnotami v subškále bulimie a nadměrné zabývání se jídlem. Ženy z našeho souboru, které měly vyšší míru vztahové úzkostnosti tedy zároveň vykazovaly vyšší míru symptomů bulimie a nadměrného se zabývání se jídlem a naopak.

Hypotéza 6: Skóre v dimenzi vztahové úzkostnosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *orální kontrola* dotazníku EAT-26.

Mezi skóry v dimenzi vztahové úzkostnosti škály ECR a skóry v subškále *orální kontrola* nebyl nalezen statisticky významný pozitivní vztah, $r_s(568) = 0,037$; $p = 0,186$. Na základě těchto hodnot nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu. Nenašli jsme dostatek důkazů pro to, abychom mohli říct, že skóre v dimenzi vztahové úzkostnosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále orální kontrola dotazníku EAT-26. To znamená, že ženy v našem souboru vykazující vyšší míru vztahové úzkostnosti zároveň nevykazovaly vyšší míru symptomů orální kontroly a naopak.

Hypotéza 7: Skóre ve Škále raných vzpomínek na vřelost a bezpečí statisticky významně negativně koreluje se skórem v dotazníku EAT-26.

Mezi skóry ve Škále raných vzpomínek na vřelost a bezpečí (EMWSS) a skóry v dotazníku EAT-26 byl nalezen statisticky významný negativní vztah, $r_s(568) = -0,244$; $p < 0,001$. Zamítáme tedy nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Úroveň korelace je nízká až střední (podle de Vaus, 2002). Nalezli jsme negativní souvislost mezi hodnotami ve Škále raných vzpomínek na vřelost a bezpečí a hodnotami v dotazníku EAT-26, což znamená, že ženy s vyšší mírou raných vzpomínek na vřelost a bezpečí zároveň vykazovaly nižší míru rizika/symptomů poruch příjmu potravy a naopak.

Hypotéza 8: Skóre v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR je signifikantním prediktorem poruch příjmu potravy reportovaných ženami.

Na základě výsledků logistické regrese bylo zjištěno, že je skóre v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR statisticky významným prediktorem poruch příjmu potravy reportovaných ženami, $OR = 1,59$; $p = 0,047$. To znamená, že pokud se skór v dimenzi vztahové vyhýbavosti zvýší o 1 a nic jiného se nezmění, existuje 1,6krát (tj. o 60 %) vyšší šance, že žena reportuje PPP.

Hypotéza 9: Skóre v dimenzi vztahové úzkostnosti škály ECR je signifikantním prediktorem poruch příjmu potravy reportovaných ženami.

Z výsledků logistické regrese vyplývá, že je skóre v dimenzi vztahové úzkostnosti škály ECR statisticky významným prediktorem poruch příjmu potravy reportovaných ženami, $OR = 1,66$; $p = 0,03$. To znamená, že pokud se skór v dimenzi vztahové vyhýbavosti zvýší o 1 a vše ostatní zůstane beze změny, existuje 1,7krát (tj. o 70 %) vyšší šance, že žena reportuje PPP.

Hypotéza 10: Skóre ve Škále raných vzpomínek na vřelost a bezpečí je signifikantním prediktorem poruch příjmu potravy reportovaných ženami.

U hypotézy č. 10 nemůžeme na základě p hodnoty ($p = 0,584$) zamítnout nulovou hypotézu. Neprokázali jsme, že je skóre ve Škále raných vzpomínek na vřelost a bezpečí signifikantním prediktorem poruch příjmu potravy reportovaných ženami.

Shrnutí

Pro větší přehlednost níže přikládáme tabulky, které obsahují veškeré podstatné hodnoty, které jsme získali po otestování hypotéz H1–H10.

	Anorexie a dietní chování	Bulimie a nadměrné zabývání se jídlem	Orální kontrola
Vztahová vyhýbavost	$r_s(568) = 0,047$ $p = 0,13$	$r_s(568) = 0,106$ $p = 0,006$	$r_s(568) = 0,133$ $p < 0,001$
Vztahová úzkostnost	$r_s(568) = 0,261$ $p < 0,001$	$r_s(568) = 0,289$ $p < 0,001$	$r_s(568) = 0,037$ $p = 0,186$
pozn. p hodnoty pro jednostranný test			

Tabulka 14: Výsledky Spearmanova korelačního koeficientu pro H1–H6

	EMWSS
EAT-26	$r_s(568) = -0,224$ $p < 0,001$
pozn. p hodnota pro jednostranný test	

Tabulka 15: Výsledky Spearmanova korelačního koeficientu pro H7

					95% interval spolehlivosti	
Prediktor	Odhad	SE	p	Poměr šancí	Dolní mez	Horní mez
Intercept	-6,80110	1,9091	<0,001	0,00111	2,64e-5	0,0469
Skóre vyhýbavosti	0,46544	0,2346	0,047	1,59271	1,006	2,5227
Skóre úzkostnosti	0,50815	0,2349	0,030	1,66221	1,049	2,6339
EMWSS	-0,00693	0,0127	0,584	0,99309	0,969	1,0180

Tabulka 16: Výsledky logistické regrese pro H8–H10

Na základě výsledků přijímáme následující alternativní hypotézy:

- **Hypotéza 2:** Skóre v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* dotazníku EAT-26 ($r_s(568) = 0,106; p = 0,006$).
- **Hypotéza 3:** Skóre v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *orální kontrola* dotazníku EAT-26 ($r_s(568) = 0,133; p < 0,001$).
- **Hypotéza 4:** Skóre v dimenzi vztahové úzkostnosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *anorexie a dietní chování* dotazníku EAT-26 ($r_s(568) = 0,261; p < 0,001$).
- **Hypotéza 5:** Skóre v dimenzi vztahové úzkostnosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* dotazníku EAT-26 ($r_s(568) = 0,289; p < 0,001$).
- **Hypotéza 7:** Skóre ve Škále raných vzpomínek na vřelost a bezpečí statisticky významně negativně koreluje se skórem v dotazníku EAT-26 ($r_s(568) = -0,244; p < 0,001$).

U všech výše uvedených hypotéz (tzn. H2, H3, H4, H5 a H7) byla nalezena nízká až střední úroveň korelace (dle de Vaus, 2002).

- **Hypotéza 8:** Skóre v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR je signifikantním prediktorem poruch příjmu potravy reportovaných ženami ($OR = 1,59; p = 0,047$).
- **Hypotéza 9:** Skóre v dimenzi vztahové úzkostnosti škály ECR je signifikantním prediktorem poruch příjmu potravy reportovaných ženami ($OR = 1,66; p = 0,03$).

Následující hypotézy zamítáme, jelikož nebylo možno prokázat jejich platnost:

- **Hypotéza 1:** Skóre v dimenzi vztahové vyhýbavosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *anorexie a dietní chování* dotazníku EAT-26.
- **Hypotéza 6:** Skóre v dimenzi vztahové úzkostnosti škály ECR statisticky významně pozitivně koreluje se skórem v subškále *orální kontrola* dotazníku EAT-26.
- **Hypotéza 10:** Skóre ve Škále raných vzpomínek na vřelost a bezpečí je signifikantním prediktorem poruch příjmu potravy reportovaných ženami.

7 Diskuse

Cílem této kapitoly je shrnutí výsledků diplomové práce a jejich zasazení do kontextu současného poznání. Dále se budeme zabývat limity a nedostatky této práce, které mohly vést ke zkreslení výsledků. Předložíme návrhy k dalšímu zkoumání dané oblasti a na závěr se zamyslíme nad přínosem našich zjištění.

7.1 Diskuse výsledků výzkumu

Diplomová práce se zabývala souvislostmi mezi citovou vazbou a poruchami příjmu potravy u žen. Stanovili jsme si tři hlavní cíle:

- 1) prozkoumat vztah mezi rizikem poruch příjmu potravy a dimenzí vztahové vyhybavosti – úzkostnosti v rámci konceptu citové vazby,
- 2) zjistit vztah mezi ranými vzpomínkami na vřelost a bezpečí a rizikem poruch příjmu potravy
- 3) a zjistit, zda dimenze vztahové vyhybavosti – úzkostnosti v rámci konceptu citové vazby a rané vzpomínky na vřelost a bezpečí zvyšují pravděpodobnost PPP.

Na základě těchto cílů jsme formulovali čtyři výzkumné otázky a deset výzkumných hypotéz. V tuto chvíli se zaměříme na představení jednotlivých hypotéz a našich výsledků, které porovnáme s výsledky jiných autorů.

Pod první výzkumnou otázkou „**Jaký je vztah mezi vztahovou vyhybavostí a rizikem poruch příjmu potravy?**“ spadaly hypotézy H1–H3. Tyto hypotézy jsme testovali pomocí Spearmanova korelačního koeficientu kvůli nenormálnímu rozdělení skóre v Testu jídelních postojů EAT-26. Abychom hypotézy otestovali, zkoumali jsme vztah mezi skóre v dimenzi vztahové vyhybavosti škály ECR a skóre v subškálách *anorexie a dietní chování*, *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* a *orální kontrola* testu EAT-26.

Z výsledků vyplývá, že u našeho výzkumného souboru existuje souvislost mezi hodnotami v dimenzi vztahové vyhybavosti a hodnotami v subškálách *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* ($r_s(568) = 0,106$; $p = 0,006$) a *orální kontrola* ($r_s(568) = 0,133$; $p < 0,001$). Respondentky s vyšší mírou symptomů *bulimie a nadměrného zabývání se jídlem* a *orální kontroly* (tzn. vědomé kontroly příjmu potravy) tedy zároveň vykazovaly vyšší míru

vztahové vyhýbavosti a naopak. Souvislost mezi hodnotami v dimenzi vztahové vyhýbavosti a hodnotami v subškále *anorexie a dietní chování* nebyla prokázána ($r_s(568) = 0,047; p = 0,13$).

Naše výsledky jsou částečně v souladu s výzkumnými závěry kolektivu autorů Zakhour et al. (2021), kteří na vzorku 811 respondentů potvrdili, že jsou vyhýbavé typy citové vazby spojené s více nevhodným stravovacím chováním (tzn. s vyššími skóry v dotazníku EAT-26), což se s výjimkou subškály *anorexie a dietní chování* ukázalo také u nás. Totéž ukázaly výsledky velké meta-analytické studie zahrnující data ze 70 studií, jejíž autoři prokázali, že typy citové vazby charakteristické vyšší vztahovou vyhýbavostí statisticky signifikantně souvisí s méně zdravým (tzn. více dysfunkčním) stravovacím chováním (Faber, Dubé & Knäuper, 2018). Z výsledků studie výzkumníků Han & Kahn (2017) provedené na vzorku studentů vysokých škol ($N = 944$) vyplývá, že je vztahová vyhýbavost spojena s restriktivním stravováním, které je charakteristické pro orální kontrolu. Něktěrymi autory je mentální anorexie dávána do souvislosti se vztahovou vyhýbavostí, zatímco mentální bulimie bývá spojována spíše se vztahovou úzkostností (např. Zachrisson & Skårderud, 2010), což je v rozporu s našimi výsledky, které souvislost mezi *anorexií a dietním chováním* a vztahovou vyhýbavostí neprokázaly. Mezi *bulimií a nadměrným zabýváním se jídlem* a vztahovou vyhýbavostí jsme naopak našli signifikantní vztah.

Druhá výzkumná otázka zněla: „**Jaký je vztah mezi vztahovou úzkostností a rizikem poruch příjmu potravy?**“ K této výzkumné otázce se vztahovaly hypotézy H4–H6. Tyto hypotézy jsme rovněž testovali pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Abychom hypotézy otestovali, zkoumali jsme vztah mezi skóry v dimenzi vztahové úzkostnosti Škály ECR a skóry v subškálách *anorexie a dietní chování*, *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* a *orální kontrola* testu EAT-26.

Z výsledků je patrné, že u našeho výzkumného souboru existuje souvislost mezi hodnotami v dimenzi vztahové úzkostnosti a hodnotami v subškálách *anorexie a dietní chování* ($r_s(568) = 0,261; p < 0,001$) a *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* ($r_s(568) = 0,289; p < 0,001$). Respondentky s vyšší mírou symptomů *anorexie a dietního chování* a *bulimie a nadměrného zabývání se jídlem* tedy zároveň vykazovaly vyšší míru vztahové úzkostnosti

a naopak. Souvislost mezi hodnotami v dimenzi vztahové úzkostnosti a hodnotami v subškále *orální kontrola* nebyla prokázána ($r_s(568) = 0,037; p = 0,186$).

Naše zjištění se shodují s výsledky autorů Faber, Dubé & Knäuper (2018), kteří provedli velkou meta-analytickou studii, o níž jsme již hovořili výše. Tito výzkumníci přišli se závěrem, že typy citové vazby charakteristické vyšší vztahovou úzkostností (a rovněž vyšší vztahovou vyhýbavostí) statisticky signifikantně souvisí s méně zdravým stravovacím chováním. K obdobným závěrům přišel kolektiv autorů Tasca et al. (2009), kteří prokázali, že vztahová úzkostnost přispívá ke vzniku symptomů PPP, a to skrze emocionální reaktivitu. V souladu s námi jsou také autoři Zachrisson a Skårderud (2010), kteří uvádějí, že je vztahová úzkostnost nejvíce rozšířená u jedinců s diagnózou či symptomy mentální bulimie, jejichž souvislost jsme v našem výzkumu potvrdili. Zakhour et al. (2021) došel k závěrům, že je vztahová úzkostnost spojena s vyšší mírou emocionálního jezení, které souvisí s PPP. Z výsledků italské studie z roku 2019 vyplývá, že jedinci trpící PPP (zahrnuta byla mentální anorexie a bulimie) vykazují vyšší míru emocionálního jezení oproti jedincům bez PPP (Meule et al., 2019). Kanadský výzkum s mladými dospělými ženami (trpícími MA a MB) ukázal, že vyšší vztahová úzkostnost signifikantně souvisela s vyšší závažností příznaků PPP a horšími výsledky léčby u pacientek s MA i s MB (Illing, Tasca, Balfour, & Bissada, 2010).

Třetí výzkumná otázka, kterou jsme si pokládali, měla následující znění: **„Jaký je vztah mezi ranými vzpomínkami na vřelost a bezpečí a rizikem poruch příjmu potravy?“** Tato výzkumná otázka zahrnovala hypotézu H7, která byla opět ověřována pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Abychom hypotézu otestovali, zkoumali jsme vztah mezi skóry škály EMWSS a skóry dotazníku EAT-26.

Z výsledků vyplývá, že u našeho výzkumného souboru existuje negativní souvislost mezi hodnotami ve Škále raných vzpomínek na vřelost a bezpečí a hodnotami v dotazníku EAT-26 ($r_s(568) = -0,244; p < 0,001$). Respondentky s vyšší mírou rizika/symptomů poruch příjmu potravy tedy zároveň vykazovaly nižší míru raných vzpomínek na vřelost a bezpečí a naopak.

Vztahem mezi ranými vzpomínkami na vřelost a bezpečí a poruchami příjmu potravy se opakovaně věnovaly portugalské výzkumnice Oliveira, Ferreira a Mendes spolu s dalšími. Naše výsledky jsou v souladu se závěry jejich výzkumných studií, které rovněž potvrdily negativní souvislost mezi ranými vzpomínkami na vřelost a bezpečí a narušeným příjmem

potravy na vzorku portugalských žen ($N = 490$) a na vzorku portugalských žen a mužů ($N = 453$) (Oliveira, Ferreira & Mendes, 2017; Ferreira, Silva, Mendes & Trindade, 2018). Ke stejným závěrům došly ve výzkumu publikovaném v roce 2017, ve kterém prokázaly pozitivní vztah mezi absencí vzpomínek na vřelost a bezpečí a narušenými jídelními postoji a chováním u 632 žen (Mendes, Marta-Simões & Ferreira, 2017).

Ke čtvrté výzkumné otázce „**Zvyšuje vztahová úzkostnost, vztahová vyhýbavost a rané vzpomínky na vřelost a bezpečí pravděpodobnost poruch příjmu potravy?**“ se vztahují hypotézy H8–H10. Tyto hypotézy jsme testovali pomocí binomické logistické regrese. Abychom tyto hypotézy ověřili, bylo třeba zjistit, zda jsou skóre v dimenzích vztahové vyhýbavosti – úzkostnosti škály ECR a skóre ve Škále raných vzpomínek na vřelost a bezpečí signifikantními prediktory PPP.

Naše výsledky ukazují, že je skóre v dimenzi vztahové vyhýbavosti a úzkostnosti škály ECR statisticky významným prediktorem PPP reportovaných ženami ($OR = 1,59$; $p = 0,047$ a $OR = 1,66$; $p = 0,03$). V případě, že se skóre v dimenzi vztahové vyhýbavosti zvýší o 1 a nic jiného se nezmění, existuje o 60 % vyšší šance, že žena reportuje PPP. Pokud se o 1 zvýší skóre v dimenzi vztahové úzkostnosti a vše ostatní zůstane beze změny, existuje o 70 % větší šance, že žena udá PPP. Neprokázali jsme, že je skóre ve Škále raných vzpomínek na vřelost a bezpečí signifikantním prediktorem poruch příjmu potravy reportovaných ženami.

Ve shodě s námi jsou autoři maďarské studie z roku 2015, kteří zjišťovali, zda je citová vazba prediktorem pro riziko poruch příjmu potravy na reprezentativním vzorku dospělých žen a mužů ($N = 2\,000$). Jejich výsledky ukázaly, že je vztahová úzkostnost signifikantně vyšší ve skupině osob s rizikem PPP a že statisticky významně predikuje riziko PPP ($OR = 1,09$; $p = 0,04$) (Szalai & Czeglédi, 2015). V roce 2017 stejní autoři publikovali výzkum, ve kterém se ukázalo, že je nižší míra attachmentové jistoty v dospělosti signifikantním prediktorem diagnostikovaných PPP ($OR = 0,54$; $p = 0,03$) (Szalai & Czeglédi, 2017). Szalai (2019) se citové vazbě coby prediktoru PPP věnoval rovněž v rámci své disertační práce, ve které došel ke stejnému závěru, tedy že je nižší míra attachmentové jistoty signifikantním prediktorem PPP ($OR = 0,37$; $p < 0,001$). Bohužel se musíme omezit pouze na tyto výzkumné studie, jelikož se nám nepodařilo najít další, které by stejným způsobem zjišťovali, zda attachment či jeho dimenze (tj. vztahová úzkostnost a vyhýbavost) signifikantně predikují poruchy příjmu potravy. Co se týče raných vzpomínek

na vřelost a bezpečí coby prediktoru PPP, nenalezli jsme žádný existující výzkum, který by se tomuto tématu věnoval. Předpokládali jsme existenci signifikantního vztahu, nepodařilo se nám však prokázat, že by rané vzpomínky na vřelost a bezpečí predikovaly PPP.

Vedlejší cílem výzkumu bylo zjistit zastoupení jednotlivých typů citové vazby. V našem výzkumném souboru bylo největší zastoupení žen s bázlivě vyhýbavou vazbou ($n = 264$, tj. 46 %), druhou nejpočetnější skupinu představovaly ženy s nadměrně zaujatou vazbou ($n = 132$; tj. 23 %). Nejméně žen vykazovalo distancovaně vyhýbavou vazbu ($n = 90$, tj. 16 %) a jistou vazbu ($n=84$, tj. 15 %). Celkem 85 % žen z našeho výzkumného vzorku má tedy podle škály ECR nejistou citovou vazbu a pouze 15 % vazbu jistou. Naše výsledky se částečně shodují s výsledky Pospíšilíkové, která v rámci diplomové práce zkoumala citovou vazbu na vzorku 108 českých studentů psychologie. Stejně jako my měla nejvíce zastoupenou skupinu lidí s bázlivě vyhýbavou vazbou ($n = 37$; tj. 34 %), následovala skupina lidí s jistou vazbou ($n = 28$, tj. 26%), poté skupina se zaujatou vazbou ($n = 24$, tj. 22 %) a nejméně početnou byla skupina respondentů s distancovaně vyhýbavou vazbou ($n = 19$, tj. 18 %). Nejistý typ vazby tedy mělo 74 % respondentů a jistý typ zbylých 26 %, což je o něco vyšší procento jistě připoutaných osob oproti našemu vzorku (Pospíšilíková, 2012). Manajová zkoumala vztah mezi citovou vazbou a predispozicí k poruchám příjmu potravy na vzorku 287 dívek ve věku od 15 do 18 let. Z jejího výzkumného souboru mělo 78 % dívek nejistou citovou vazbu (31 % nadměrně zaujatou, 30 % bázlivě vyhýbavou a 17 % distancovaně vyhýbavou) a zbylých 22 % dívek vykazovalo vazbu jistou, což jsou opět poměrně podobné hodnoty jako u našeho výzkumného vzorku (Manaj, 2016).

Poté jsme zjišťovali rozložení citové vazby u žen ohrožených PPP podle dotazníku EAT-26 (tzn. u žen s celkovým skóre ≥ 20 v EAT-26). Z celkového počtu ohrožených žen ($n = 64$, tj. přibližně 11 %) mělo 48 % žen ($n = 31$) bázlivě vyhýbavou vazbu, 31 % žen ($n = 20$) nadměrně zaujatou vazbu, 13 % žen ($n = 8$) jistou vazbu a 8 % žen ($n = 5$) vazbu distancovaně vyhýbavou. Největší procento žen ohrožených PPP pochází ze skupiny s nadměrně zaujatou vazbou (viz. graf 11 na str. 61). Totéž zkoumala Manajová u dívek vykazujících symptomy a predispozici k PPP ($n = 85$) podle dotazníku EDI. Přišla s těmito závěry: žádná z dívek neměla jistou vazbu, 39 % dívek mělo bázlivě vyhýbavou vazbu, 34 % bylo nadměrně zaujatých a 27 % distancovaně vyhýbavých (Manaj, 2016). Naše výsledky a výsledky Manajové se shodují v tom, že nejvíce žen ohrožených PPP vykazuje bázlivě vyhýbavou a nadměrně zaujatou vazbu. Na rozdíl od Manajové je 13 % našich respondentek ohrožených

PPP jistě připoutaných, což je zároveň v rozporu s naším očekáváním. Předpokládali jsme, že tato skupina žen bude z hlediska ohroženosti PPP nejméně zastoupená, stejně jako ve výzkumu Manajové. Domníváme se, že jedním z možných vysvětlení je nenáhodný výběr výzkumného vzorku, který může způsobovat zkreslení výsledků.

Co se týče raných vzpomínek na vřelost a bezpečí měřených škálou EMWSS, 68 % žen ($n = 385$) získalo průměrný či nadprůměrný počet bodů a 32 % žen ($n = 185$) podprůměrný počet bodů, přičemž nadprůměrných výsledků obvykle dosahují lidé, jimž byla v dětství projevoována rodičovská láska a vřelost, zatímco podprůměrných výsledků dosahují lidé, vůči nimž byli rodiče spíše odtažití nebo úzkostní (Dvorská, 2018). Z celkového počtu žen ohrožených PPP (tzn. žen s celkovým skóre ≥ 20 v EAT-26; $n = 64$) dosahovalo 50 % ($n = 32$) průměrného či nadprůměrného výsledku a 50 % ($n = 32$) podprůměrného výsledku ve škále EMWSS. Ze všech žen, které nevykazovaly tendence k PPP (tzn. žen s celkovým skóre < 20 v EAT-26; $n = 506$) dosahovalo 70 % žen ($n = 353$) průměrného či nadprůměrného výsledku a 30 % žen ($n = 153$) podprůměrného výsledku ve škále EMWSS.

V rámci zjišťování anamnestických údajů jsme se respondentek tázali na to, v jaké rodině vyrůstaly. Více než 75 % žen ($n = 438$) vyrůstalo v úplné rodině, přibližně 12 % žen ($n = 67$) vyrůstalo v doplněné rodině (s vlastním rodičem a jeho novým partnerem/partnerkou), přibližně 8 % žen ($n = 43$) vyrůstalo v neúplné rodině (s jedním vlastním rodičem, který neměl nového partnera) a zbylá 4 % žen ($n = 22$) uvedla jinou možnost (nejčastěji šlo o kombinaci výše zmíněných kategorií, viz. Příloha 5 na konci práce).

Dále jsme se zabývali vnímanou harmoničností rodinného prostředí v dětství, která se na základě poznatků uvedených v teoretické části práce jevila jako podstatná pro možné ohrožení PPP. Na otázku „Vnímáte, že jste vyrůstala v harmonickém rodinném prostředí?“ odpovědělo téměř 39 % žen ($n = 220$) „Ano“, 36 % žen ($n = 205$) „Spíše ano“, přibližně 19 % žen ($n = 108$) „Spíše ne“ a 6 % žen ($n = 34$) „Ne“. Zbylé ženy ($n = 3$) uvedly nerozhodnou odpověď.

Zjišťovali jsme rovněž výšku, váhu a ideální váhu respondentek. Z hodnot váhy a výšky jsme vypočítali Body Mass Index, abychom získali orientační představu o tom, jaká je četnost zastoupení jednotlivých BMI kategorií u našeho výzkumného souboru. BMI je

zároveň jedním z kritérií, které autoři testu EAT-26 doporučují brát v potaz při posuzování rizika rozvoje PPP u daného jedince. Zjistili jsme, že 63 % žen (n = 358) spadá do pásma normální váhy, 19 % žen (n = 109) vykazuje nadváhu, 10 % žen (n = 56) spadá do kategorie obezity 1., 2. či 3. stupně a pouze 8 % žen (n = 47) se nachází v pásmu podváhy.

Co se týče ideální váhy, 90 % respondentek (n = 514) nepovažuje svou současnou váhu za ideální, což je alarmující číslo, které však nemusí nic vypovídat o poruchách příjmu potravy. Z toho by si více než 75 % žen (n = 439) přálo nižší váhu a 13 % žen (n = 75) naopak vyšší váhu. Pouze 10 % žen z našeho výzkumného vzorku se domnívá, že je jejich současná váha ideální. Tato zjištění poukazují na obecnou tendenci žen vnímat nespokojenost se svojí hmotností a tělesnými proporcemi. Dotaz na ideální váhu může v klinické praxi sloužit jako otázka na úvod. K tomu, abychom zjistili, zda žena skutečně trpí PPP však potřebujeme další exploraci.

Dále jsme se respondentek tázali, zda měly či mají potíže s jídlem. Uvědomujeme si však, že odpovědi mohou být zavádějící, a to například z důvodu nejednoznačnosti otázky (pro každého znamenají potíže s jídlem něco jiného) nebo nedostatečného náhledu na své obtíže u jedinců s PPP. 65 % žen (n = 371) uvedlo, že potíže s jídlem neměly/nemají, 33 % žen (n = 189) uvedlo, že potíže měly/mají a zbylých 10 žen (2 %) napsalo jinou odpověď (viz. Příloha 5). Pouze 37 žen uvedlo, že pro své potíže s jídlem vyhledalo odbornou pomoc. Domníváme se, že část těchto respondentek pravděpodobně měla diagnostikovanou PPP.

Na závěr jsme se respondentek ptali na minulé či současné PPP. Na otázku, zda respondentka v minulosti trpěla poruchou příjmu potravy, odpovědělo 84 % žen (n = 479) „Ne“ a 16 % žen (n = 91) „Ano“. Co se týče současných poruch příjmu potravy, 95 % žen (n = 542) uvedlo, že poruchou příjmu potravy netrpí a zbylých 5 % žen (n = 28) uvedlo, že se v současnosti potýkají s poruchou příjmu potravy. Část respondentek byla ochotna specifikovat, o jaký typ PPP se jednalo/jedná (viz. Příloha 5). Na základě číselných údajů od 51 respondentek se ukázalo, že průměrná délka trvání obtíží spojených s PPP byla 3,35 roku (zbylé slovní odpovědi jsou zařazeny do Přílohy 5).

7.2 Limity výzkumu

Ačkoliv výzkum přinesl zajímavá zjištění, považujeme za důležité zaměřit se také na možné limity, které mohly ovlivnit či zkreslit naše výsledky. Hlavní nevýhodu našeho výzkumu spatřujeme v malém množství žen s PPP ve výzkumném vzorku. Původně jsme měli v plánu orientovat se na klinickou populaci, ale kvůli k restrikcím spojeným s pandemií viru SARS-CoV-2 jsme byli nuceni změnit náš původní plán a zaměřit se na ženy z neklinické populace.

Dalším limitujícím faktorem, který mohl způsobit zkreslení dat, je způsob jejich sběru. Respondentky jsme získali metodou nenáhodného výběru, konkrétně metodou samovýběru. Tato metoda může způsobovat zkreslení, jelikož potencionální respondenti o svém zařazení či nezařazení do výzkumu rozhodují sami, což může vést k tomu, že se respondenty stane skupina osob se specifickými charakteristikami odlišnými od charakteristik zbytku populace. Abychom toto riziko omezili, rozhodli jsme se podrobně nepopisovat účel výzkumu. Pouze jsme uvedli, že se výzkum věnuje tématu jídla a blízkých vztahů. Také jsme se snažili umístit nabídku o účast ve výzkumu do většího množství studentských skupin. Jsme si vědomi toho, že tato metoda není reprezentativní, avšak vzhledem k omezením spojeným s pandemií viru SARS-CoV-2 se tato možnost jevila jako nejlepší, jelikož nám umožnila bezpečným způsobem oslovit poměrně velké množství žen.

Zkreslujícím faktorem může být také homogenita našeho výzkumného souboru ($N = 570$). Potencionální respondentky jsme oslovovali prostřednictvím vysokoškolských studentských skupin na sociální síti Facebook. Více než polovina respondentek (52,5 %) uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, 46,3 % středoškolské a pouze 1,7 % žen vyšší odborné vzdělání. Musíme počítat s tím, že část žen uvedla středoškolské vzdělání, jelikož ještě nemají ukončené vzdělání vysokoškolské, ale vysokou školu již studují. Většinu našeho výzkumného souboru tedy pravděpodobně tvoří vysokoškolské studentky, což není ideální. Avšak můžeme to považovat také za výhodu, jelikož jsou vysokoškolačky považovány za obzvláště ohroženou skupinu, co se rizika poruch příjmu potravy týče a nezřídka tvoří výzkumný vzorek ve studiích zaměřujících se na PPP (např. Suldo & Sandberg, 2000; dos Santos Alvarenga, Scagliusi & Philippi, 2010; Lipson & Sonnevile, 2017).

Limit mohou představovat také samotné metody získávání dat, jelikož se jedná o sebeposuzovací dotazníky, které jsou závislé na schopnosti introspekce a ochotě respondentů pravdivě odpovídat. Problémem může být také to, že je poměrně zjevné, na co

se tyto dotazníky zaměřují, což může vést k záměrnému uvádění klamných či sociálně žádoucích odpovědí. Spornou oblastí je rovněž validita sebeposouzení, a to obzvláště u jedinců s PPP, kteří na onemocnění často nemají náhled nebo své obtíže popírají. Na druhou stranu jsou námi zvolené dotazníky běžně využívány v zahraničí i v České republice. Dotazník EAT-26 ve své studii použil například Mareš a Hadaš (2006), Léblová (2010) nebo Chládková a Miovský (2017). Se škálou ECR pracoval Lečbych a Pospíšilíková (2012), Maierová a Charvát (2015), Střelec a Seidl (2017) a další. Škála EMWSS není natolik rozšířená, v našem prostředí ji ve svých kvalifikačních pracích využila Dvorská (2018), Švingerová (2020) a Benda (2020).

Ani jeden z námi využitých dotazníků zatím nebyl standardizován v českém prostředí, což považujeme za další limitující faktor. Nicméně v našem výzkumu by to nemělo představovat problém, protože cílem nebylo respondentky diagnostikovat, ale spíše vyhodnotit míru symptomů PPP. Nepřesnosti by to mohlo způsobit jen při identifikaci žen ohrožených PPP podle dotazníku EAT-26 pro účely určení rozložení jednotlivých typů citové vazby u této skupiny.

7.3 Doporučení

Na výše popsané limity práce bychom rádi navázali výzkumnými doporučeními pro námi zkoumanou oblast. V našem výzkumném vzorku bylo poměrně málo žen uvádějících PPP, proto bychom považovali za užitečné cíleně vyhledat ženy trpící PPP, poté vytvořit podobně početnou kontrolní skupinu žen bez PPP a zaměřit se na zjišťování rozdílů mezi skupinami z hlediska míry vykazované vztahové vyhybavosti, úzkostnosti a případně dalších charakteristik. Do budoucna bychom také považovali za přínosné zabývat se citovou vazbou a rizikem PPP u obou pohlaví a ověřit, zda existuje rozdíl mezi muži a ženami. Ačkoliv se PPP ve větší míře týkají žen, počet mužů s PPP v poslední době stoupá (Lyons, McAndrew & Warne, 2019). Z tohoto důvodu se domníváme, že je důležité zaměřit se v souvislosti s PPP také na muže. Zajímavé by také mohlo být užití smíšeného výzkumného designu, kde by bylo kvantitativní šetření doplněno o kvalitativní sondu (např. o několik hloubkových kazuistik jedinců léčících se s PPP), což by mohlo přinést zajímavé podněty pro psychotherapeutickou práci s klienty s PPP. Na závěr ještě zmíníme, že by bylo prospěšné provést standardizaci dotazníku EAT-26 a škály ECR pro českou populaci. I tímto směrem by se tedy mohl ubírat budoucí výzkum.

7.4 Přínos

Ačkoliv byla souvislost mezi nejistou citovou vazbou a narušeným příjmem potravy mnohokrát prokázána, doposud není zcela jasné, jaký je vztah mezi vztahovou vyhýbavostí – úzkostností a poruchami příjmu potravy. Zatímco vztahová úzkostnost je s narušeným příjmem potravy spojována poměrně konzistentně, u vztahové vyhýbavosti se závěry různých výzkumníků liší (Han & Kahn, 2017). Hlavní přínos této studie spatřujeme zejména v potvrzení souvislosti mezi některými symptomy poruch příjmu potravy a oběma dimenzemi citové vazby (konkrétně mezi vztahovou vyhýbavostí a subškálami *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* a *orální kontrola* a mezi vztahovou úzkostností a subškálami *anorexie a dietní chování* a *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem*) u žen v českém prostředí, jelikož zde tomuto tématu doposud nebylo věnováno příliš pozornosti. Z výsledků výzkumu rovněž vyplynul negativní vztah mezi ranými vzpomínkami na vřelost a bezpečí a rizikem poruch příjmu potravy. Na základě toho se domníváme, že by bylo užitečné neopomíjet poznatky attachmentové teorie, jelikož mohou přispět k prevenci, včasné detekci ohrožených osob a k volbě vhodného léčebného programu pro pacienty s PPP. Zároveň jsme si však vědomi toho, že jsou PPP onemocněními s multifaktoriální etiologií a že tato výzkumná oblast vyžaduje podrobnější prozkoumání a ověření našich výsledků u klinické populace.

Závěr

Diplomová práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy (PPP) v souvislosti s citovou vazbou (attachmentem) u žen v mladé dospělosti. Práce je rozdělena do dvou částí – literárně přehledové a výzkumné. V literárně přehledové části jsme shrnuli poznatky z oblasti poruch příjmu potravy a citové vazby. Na základě toho jsme definovali výzkumné cíle, otázky a hypotézy. Výzkumná část práce je koncipována jako kvantitativní výzkum. Stanovili jsme si následující cíle: 1) zjistit vztah mezi rizikem PPP a dimenzí vztahové vyhybavosti – úzkostnosti v rámci konceptu citové vazby, 2) zjistit vztah mezi rizikem PPP a ranými vzpomínkami na vřelost a bezpečí a 3) zjistit, zda dimenze vztahové vyhybavosti – úzkostnosti v rámci konceptu citové vazby a rané vzpomínky na vřelost a bezpečí zvyšují pravděpodobnost PPP.

Na základě statistické analýzy dat jsme částečně potvrdili naše předpoklady. Výsledky naznačují, že u našeho výzkumného souboru existuje statisticky významný pozitivní vztah mezi dimenzí vztahové vyhybavosti škály ECR a subškálami *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* ($r_s(568) = 0,106; p = 0,006$) a *orální kontrola* ($r_s(568) = 0,133; p < 0,001$) dotazníku EAT-26. Mezi skóre v dimenzi vztahové vyhybavosti škály ECR a skóre v subškále *anorexie a dietní chování* dotazníku EAT-26 jsme nenalezli statisticky významný pozitivní vztah ($r_s(568) = 0,047; p = 0,13$).

Dále jsme u našeho výzkumného vzorku prokázali existenci statisticky významného pozitivního vztahu mezi dimenzí vztahové úzkostnosti škály ECR a subškálami *anorexie a dietní chování* ($r_s(568) = 0,261; p < 0,001$) a *bulimie a nadměrné zabývání se jídlem* ($r_s(568) = 0,289; p < 0,001$) dotazníku EAT-26. Mezi skóre v dimenzi vztahové úzkostnosti škály ECR a skóre v subškále *orální kontrola* dotazníku EAT-26 jsme nenalezli statisticky významný pozitivní vztah ($r_s(568) = 0,037; p = 0,186$).

Dále jsme zjistili, že rané vzpomínky na vřelost a bezpečí zjišťované škálou EMWSS statisticky významně negativně korelují s rizikem PPP dle dotazníku EAT-26 ($r_s(568) = -0,224; p < 0,001$).

Z výsledků rovněž vyplynulo, že je skóre v dimenzi vztahové vyhybavosti škály ECR statisticky signifikantním prediktorem PPP reportovaných ženami ($OR = 1,59; p = 0,047$). Totéž se potvrdilo u vztahové úzkostnosti ($OR = 1,66; p = 0,03$). Co se týče raných vzpomínek na vřelost a bezpečí, neprokázali jsme, že je skóre ve škále EMWSS statisticky signifikantním prediktorem poruch příjmu potravy reportovaných ženami ($OR = 0,99; p = 0,584$).

Seznam použité literatury

- Alvarenga, M., Scagliusi, F. B., & Philippi, S. T. (2010). Development and validity of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Perceptual and motor skills*, 110(2), s. 379–395. doi: 10.2466/PMS.110.2.379-395
- Amianto, F., Ottone, L., & Abbate Daga, G. (2015). Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry*, 15, s. 70. doi: 10.1186/s12888-015-0445-6
- Babio, N., Canals, J., Fernández-Ballart, J., & Arija, V. (2008). Non-clinical adolescent girls at risk of eating disorder: under-reporters or restrained eaters?. *Nutricion hospitalaria*, 23(1), s. 27–34. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18372942/>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 61(2), s. 226-244.
- Benda, J. (2020) *Soucit se sebou a jeho role v regulaci emocí, udržování duševního zdraví a duševní pohody*: Dizertační práce. Univerzita Karlova.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Byng-Hall J. (1995). Creating a secure family base: some implications of attachment theory for family therapy. *Family process*, 34(1), s. 45–58. doi: 10.1111/j.1545-5300.1995.00045.x
- Catalina Zamora, M. L., Bonaechea, B. B., Sánchez, F. G., & Rial, B. R. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas españolas de psiquiatría*, 33(1), s. 66-68.
- Cerea, S., Bottesi, G., Pacelli, Q. F., Paoli, A., & Ghisi, M. (2018). Muscle Dysmorphia and its Associated Psychological Features in Three Groups of Recreational Athletes. *Scientific reports*, 8(1), s. 8877. doi: 10.1038/s41598-018-27176-9
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology research and behavior management*, 10, s. 305–312. doi: 10.2147/PRBM.S145463
- Claudino, A. M., Pike, K. M., Hay, P., Keeley, J. W., Evans, S. C., Rebello, T. J., Bryant-Waugh, R., Dai, Y., Zhao, M., Matsumoto, C., Herscovici, C. R., Mellor-Marsá, B., Stona, A. C., Kogan, C. S., Andrews, H. F., Monteleone, P., Pilon, D. J., Thiels, C., Sharan, P., Al-Adawi, S., ... Reed, G. M. (2019). The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC medicine*, 17(1), s. 93. doi: 10.1186/s12916-019-1327-4
- Cooper, P. J. (2014). *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál.
- Dallos, R. (2004). Attachment narrative therapy: integrating ideas from narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders. *Journal of Family Therapy*, 26, s. 40-65. doi: 10.1111/j.1467-6427.2004.00266.x

Dingemans, A., Bruna, M., & van Furth, E. (2002). Binge eating disorder: a review. *Int J Obes*, 26, s. 299–307. doi: 10.1038/sj.ijo.0801949

Dvorská, E. (2018). *Rané vzpomínky na vřelost a bezpečí, soucit se sebou a tendence k prožívání studu*: Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

Faber, A., Dubé, L., & Knäuper, B. (2018). Attachment and eating: A meta-analytic review of the relevance of attachment for unhealthy and healthy eating behaviors in the general population. *Appetite*, 123, s. 410–438. doi: 10.1016/j.appet.2017.10.043

Favaro, A., Busetto P., Collantoni E., & Santonastaso P. (2019) The Age of Onset of Eating Disorders. In: de Girolamo G., McGorry P., Sartorius N. (eds) Age of Onset of Mental Disorders. Springer, Cham. doi: 10.1007/978-3-319-72619-9_11

Ferreira, C., Silva, C., Mendes, A. L., & Trindade, I. A. (2018). How do warmth, safeness and connectedness-related memories and experiences explain disordered eating?. *Eat Weight Disord* 23, s. 629–636. doi: 10.1007/s40519-017-0449-y

Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. *Int. J. Eat. Disord.*, 49(4). s. 391-401. doi: 10.1002/eat.22501

Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., & Garfinkel, P. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), s. 871-878. doi:10.1017/S0033291700049163

Garner, D. M. (2021). *Eating Attitudes Test (EAT-26): Interpretation* [online]. Dostupné z: <http://www.eat-26.com/interpretation/>

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), s. 1402–1413. doi: 10.1093/ajcn/nqy342

le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 43(1), 1–5. <https://doi.org/10.1002/eat.20751>

Guerdjikova, A. I. , Blom, T. J., Mori, N., Casuto, L., Keck P. E., & McElroy, S. L. (2014). Gender Differences in Binge Eating Disorder: A Pooled Analysis of Eleven Pharmacotherapy Trials from One Research Group. *Journal of Men's Health*, 11(4), s. 183-188. <http://doi.org/10.1089/jomh.2014.0041>

Han, S., & Kahn, J. H. (2017). Attachment, Emotion Regulation Difficulties, and Disordered Eating Among College Women and Men. *The Counseling Psychologist*, 45(8), s. 1066-1090. doi: 10.1177/0011000017744884

Hay, P., Girosi, F., & Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *J Eat Disord*, 3(19), s. 1-7. doi: 10.1186/s40337-015-0056-0

- Hoerr, S. L., Bokram, R., Lugo, B., Bivins, T., & Keast, D. R. (2002). Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students. *Journal of the American College of Nutrition*, 21(4), s. 307–314. doi: 10.1080/07315724.2002.10719228
- Hunt, T. K., & Forbush, K. T. (2016). Is "drunkorexia" an eating disorder, substance use disorder, or both?. *Eating behaviors*, 22, s. 40–45. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.03.034
- Chambers, R. A. (2008). Drunkorexia. *Journal of Dual Diagnosis*, 4(4), s. 414-416. doi:10.1080/15504260802086677
- Chelvanayagam, S., & James, J. (2018). What is diabulimia and what are the implications for practice? *Br J Nurs*. 27(17), s. 980-986. doi: 10.12968/bjon.2018.27.17.980.
- Chládková, N., & Miovský, M. (2017). Pilotní studie komorbidit poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek a možnosti jejího psychoterapeutického ovlivnění. *Adiktologie*, 17(1), s. 22–32.
- Illing, V. , Tasca, G. A. , Balfour, L., & Bissada, H. (2010). Attachment Insecurity Predicts Eating Disorder Symptoms and Treatment Outcomes in a Clinical Sample of Women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(9), s. 653-659. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181ef34b2.
- Jacobi, C. (2005). Psychosocial risk factors for eating disorders. In Wonderlich, S., Mitchell, J. E., de Zwaan, & M., Steiger, H. (Eds.). *Eating Disorders Review: Part 1* (s. 59-86). Oxford: Racliffe Publishing.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *The American journal of psychiatry*, 159(3), s. 394–400. doi: 10.1176/appi.ajp.159.3.394
- Kaňková, K. (2005). *Poruchy metabolismu a výživy: Vybrané kapitoly z patologické fyziologie*. Brno: Masarykova univerzita.
- Keel, P. K., & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of eating Disorders*, 46(5), 433-439. <https://doi.org/10.1002/eat.22094>
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), s. 340-345. doi: 10.1097/YCO.0000000000000278
- Krch, F. D. et al. (1999). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada.
- Krch, F. (2002). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.
- Krch, F. (2004). Poruchy příjmu potravy: rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*, 1, s. 14-16. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>
- Krch, F. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Medicina pro praxi*, 4(10), s. 420-422. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>
- Krch, F. (2008). *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada.

- Kulisek, P. (2000). Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment). *Československá psychologie*, 44(5), s. 404-423.
- Laporta-Herrero, I., Jáuregui-Lobera, I., Barajas-Iglesias, B., Serrano-Troncoso, E., Garcia-Argibay, M., & Santed-Germán, M. Á. (2021). Attachment to parents and friends and body dissatisfaction in adolescents with eating disorders. *Clinical child psychology and psychiatry*, 26(1), s. 154–166. doi: 10.1177/1359104520962155
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., & Canetti, L. (2002). Attachment Style and Family Functioning as Discriminating Factors in Eating Disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24, s. 581–599. doi: 10.1023/A:1021273129664
- Léblová, P. (2010). Poruchy příjmu potravy: vztah k imaginaci a závislosti na poli. *E-Psychologie*, 4(3), s. 1-12.
- Lečbych, M., & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály Experiences in Close Relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie*, 6(3), s. 1-11. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/lecbych-pospisilikova.pdf>
- Lipson, S. K., & Sonnevile, K. R. (2017). Eating disorder symptoms among undergraduate and graduate students at 12 U.S. colleges and universities. *Eating behaviors*, 24, s. 81–88. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.12.003
- Lyons, G., McAndrew, S., & Warne, T. (2019). Disappearing in a Female World: Men's Experiences of Having an Eating Disorder (ED) and How It Impacts Their Lives. *Issues in mental health nursing*, 40(7), s. 557–566. doi: 10.1080/01612840.2019.1576815
- Magallares, A. (2013). Social risk factors related to eating disorders in women. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(1), s. 147-154. Dostupné z: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-05342013000100011
- Maierová, E., & Charvát, M. (2015). Léčení patologií hráči z pohledu inventáře stylů a poruch osobnosti. *Adiktologie*, 15(4), s. 342–352.
- Manaj, S. (2016). Attachment Style and the Predisposition to Eating Disorders in Adolescence. *European Journal of Interdisciplinary Studies Articles*. Dostupné z: http://journals.euser.org/files/articles/ejis_sep_dec_16/Semiramida.pdf
- Mann, A., Wakeling, A., Wood, K., Monck, E., Dobbs, R., & Szmukler, G. (1983). Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year-old schoolgirls. *Psychological Medicine*, 13(3), s. 573-580. doi:10.1017/S0033291700047991
- Marádová, E. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Mareš, J., & Hadaš, L. (2006). Zjišťování kvality života u osob s poruchami příjmu potravy. In: Mareš, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I.* (s. 149-157). Brno: MSD.
- Meisnerová, E. (2013). Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty. *Interní Medicína pro praxi*, 15(8–9): s. 266–268. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf>

- Mendes, A. L., Marta-Simões, J., & Ferreira, C. (2017). How can the recall of early affiliative memories with peers influence on disordered eating behaviours?. *Eating and weight disorders*, 22(1), s. 133–139. doi: 10.1007/s40519-016-0267-7
- Meule, A., Richard, A., Schnepfer, R., Reichenberger, J., Georgii, C., Naab, S., Voderholzer, U., & Blechert, J. (2019). Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating disorders*, s. 1–17. doi: 10.1080/10640266.2019.1642036
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., & Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*, 3, s. 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002646
- Navrátilová, M., & Hamrová, M. (2009). Realimentace u závažných poruch příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. *New EU Magazine of Medicine*, 1-2: s. 22-36. Dostupné z: http://neumm.cz/public/img/neumm_09_1-2/pdf/navratilova_hamrova_bulimie.pdf
- Němečková, P. (2011). Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 8(11), s. 459-462. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/04.pdf>
- Oliveira, S., Ferreira, C., & Mendes, A. (2017). Early memories of warmth and safeness and eating psychopathology: The mediating role of social safeness and body appreciation. *Psychologica*, 59(2), s. 45-60. doi: 10.14195/1647-8606_59-2_3.
- Papežová, H. (2000). Anorexia nervosa. Praha: Psychiatrické centrum.
- Papežová, H. (2003). Bulimia nervosa. Praha: Psychiatrické centrum.
- Pavlová, B. (2010). Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In: Papežová, H. (Ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (s. 36-55). Praha: Grada Publishing.
- Polivy, J. (2006). Psychological consequences of food restriction. *Journal of the American Dietetic Association*, 96(6), s. 589-592. doi: 10.1016/S0002-8223(96)00161-7
- Pospíšilíková, K. (2012). *Srovnání stylů vztahové vazby u českých a amerických studentů psychologie*: Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Procházková, L., & Sladká-Ševčíková, J. (2017). *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Radek, P. (2015). *DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Richter, A., Gilbert, P., & McEwan, K. (2009). Development of an early memories of warmth and safeness scale and its relationship to psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, s. 171–184.
- Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M., & Berrocal, C. (2010). The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), s. 1044-1056. doi:10.1017/S1138741600002687

- dos Santos Alvarenga, M., Scagliusi, F. B., & Philippi, S. T. (2010). Eating attitudes of female Brazilian university students with eating disorder risk behavior. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), s. 47-54. doi: 10.5460/jbhsi.v2.i1.06
- Seitl, M., Charvát, M., & Lečbych, M. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze škály Experiences in Close Relationships (ECR). *Československá psychologie* 60(4), s. 351-371.
- Schaffer, H. R., & Emerson, P. E. (1964). The Development of Social Attachments in Infancy. *Monographs Of The Society For Research In Child Development*, 29(3). doi: 10.2307/1165727
- Schaffer, D.R., & Kipp, K. (2014). *Developmental psychology: childhood and adolescence*. Belmont: Wadsworth
- Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I. C., Dingemans, A., Ehrlich, S., Elzakkars, I., Favaro, A., Giel, K., Harrison, A., Himmerich, H., Hoek, H. W., Herpertz-Dahlmann, B., Kas, M. J., Seitz, J., Smeets, P., Sternheim, L., Tenconi, E., van Elburg, A., van Furth, E., ... Zipfel, S. (2016). Eating disorders: the big issue. *The lancet. Psychiatry*, 3(4), s. 313-315. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00081-X
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, s. 406–414. doi:10.1007/s11920-012-0282-y
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 26(6), s. 543–548. doi: 10.1097/YCO.0b013e328365a24f
- Štřelec, J., & Seitl, M. (2017). Work-life balance u pedagogů základních škol ve světle teorie vztahové vazby. *Psychologie a její kontexty* 8(2), s. 73–84.
- Suldo, M. S., & Sandberg, D. A. (2000) Relationship Between Attachment Styles and Eating Disorder Symptomatology Among College Women, *Journal of College Student Psychotherapy*, 15(1), s. 59-73. doi: 10.1300/J035v15n01_07
- Szalai, T. D., & Czeglédi, E. (2015). ATTACHMENT AS A PREDICTOR OF RISK FOR EATING DISORDERS ON A REPRESENTATIVE HUNGARIAN ADULT SAMPLE. *Ideggyogyaszati szemle*, 68(11-12), s. 409–416. doi: 10.18071/isz.isz.68.409
- Szalai, T., & Czeglédi, E. (2017). Parental and Adult Attachment and Eating Symptomology in Eating Disorder Patients and Sine Morbo Individuals. *International Journal of Social Science Studies*. 5(6), s. 43-60. doi: 10.11114/ijsss.v5i6.2420.
- Szalai, T. (2019). *Investigating the role of attachment in eating disorders: Complex modelling and implications for therapy*: Disertační práce. Semmelweis University. doi: 10.13140/RG.2.2.35514.34245.
- Švingerová, A. (2020). *Působení primární rodiny na fázi diferenciaci v partnerském vztahu u mladých dospělých*: Diplomová práce. Univerzita Karlova.

- Tafà, M., Cimino, S., Ballarotto, G., Bracaglia, F., Bottone, C., & Cerniglia, L. (2017). Female Adolescents with Eating Disorders, Parental Psychopathological Risk and Family Functioning. *J Child Fam Stud*, 26, s. 28–39 (2017). doi: 10.1007/s10826-016-0531-5
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Krynski, V., Balfour, L., & Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47(6), s. 662-667. doi: 10.1016/j.paid.2009.06.006.
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), s. 710–717. doi: 10.1002/eat.22302
- Tasca, G. A. (2019). Attachment and eating disorders: A research update. *Current Opinion in Psychology*, 25, s. 59–64. doi: 10.1016/j.copsyc.2018.03.003
- Taylor, C. B., Bryson, S. W., Altman, T. M., Abascal, L., Celio, A., Cunning, D., Killen, J. D., Shisslak, C. M., Crago, M., Ranger-Moore, J., Cook, P., Ruble, A., & Olmsted, M. E. (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight Longitudinal Risk Factor Study. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), s. 248-254. doi: 10.1176/ajp.160.2.248
- Torres-McGehee, T. M., Green, J. M., Leeper, J. D., Leaver-Dunn, D., Richardson, M., & Bishop, P. A. (2009). Body image, anthropometric measures, and eating-disorder prevalence in auxiliary unit members. *Journal of athletic training*, 44(4), s. 418–426. doi: 10.4085/1062-6050-44.4.418
- Tunçer, E. , Bayındır Gümüş, A., & Keser, A . (2020). The Importance of Pregorexia Awareness. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 10(3), s. 186-190 . Dostupné z: <https://dergipark.org.tr/en/pub/clinexphealthsci/issue/56955/673306>
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Varela-Besteiro, O., Serrano-Troncoso, E., Rodríguez-Vicente, V., Curet-Santisteban, M., Conangla-Roselló, G., Cecilia-Costa, R., Carulla-Roig, M., Matalí-Costa, J. L., & Dolz-Abadia M. (2017). Suicidal ideation and self-injurious behavior in adolescents with eating disorders. *Actas Esp Psiquiatr*, 45(4), s. 157-166. Dostupné z: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/19/108/ENG/19-108-ENG-157-66-616645.pdf>
- Vicedo, M. (2009). The Father of Ethology and the Foster Mother of Ducks: Konrad Lorenz as Expert on Motherhood. *Isis*, 100(2), s. 263-291. doi: 10.1086/599553
- Vrtbovská, P. (2010). *O ztraceném dítěti & cestě do bezpečí: attachment, poruchy attachmentu a léčení*. Tišnov: Scan.
- World Health Organisation. (2008). *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: Boston Agency.
- World Health Organization: Regional Office for Europe. (2021). *Body mass Index – BMI* [online]. Dostupné z: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

Zachrisson, H. D., & Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: review of attachment and eating disorders. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 18(2), s. 97-106. doi: 10.1002/erv.999

Zakhour, M., Haddad, C., Salameh, P., Sacre, H., Hallit, R., Akel, M., Kheir, N., Hallit, S., & Obeid, S. (2021). Association Between Adult Attachment Styles and Disordered Eating Among a Sample of Lebanese Adults. *Journal of Eating Disorders*. doi: 10.21203/rs.3.rs-143027/v1

de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25, s. 51–55. doi: 10.1038/sj.ijo.0801699

Seznam tabulek a grafů

Grafy:

Graf 1: Rozložení respondentek (N = 570) dle věku	51
Graf 2: Rozložení respondentek (N = 570) dle dosaženého vzdělání.....	52
Graf 3: Rozložení respondentek (N = 570) dle rodinného stavu	53
Graf 4: Rozložení respondentek (N = 570) dle typu rodiny, ve které vyrůstaly.....	53
Graf 5: Rozložení respondentek (N = 570) dle harmoničnosti rodinného prostředí	54
Graf 6: Rozložení respondentek (N = 570) dle BMI	55
Graf 7: Rozložení respondentek (N = 570) dle spokojenosti se současnou váhou.....	56
Graf 8: Rozložení respondentek (N = 570) dle vnímaných potíží s jídlem	56
Graf 9: Rozložení respondentek (N = 570) dle poruch příjmu potravy v minulosti a v současnosti	57
Graf 10: Rozdělení skóre dotazníku EAT-26	58
Graf 11: Rozložení respondentek podle typu citové vazby dle škály ECR	61
Graf 12: Rozložení respondentek na základě raných vzpomínek na vřelost a bezpečí dle škály EMWSS.....	63

Tabulky:

Tabulka 1: Přehled vzorců chování podmíněných citovým poutem (Kulísek, 2000)	32
Tabulka 2: Typy citové vazby (Lečbych & Pospíšilíková, 2012)	33
Tabulka 3: Četnost zastoupení jednotlivých věkových skupin.....	51
Tabulka 4: Deskriptivní statistiky věku respondentek.....	52
Tabulka 5: Četnost zastoupení jednotlivých kategorií BMI	55
Tabulka 6: Hodnoty dotazníku EAT-26 a jeho subškál.....	59
Tabulka 7: Hodnoty dimenze vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti škály ECR	59
Tabulka 8: Hodnoty dimenze vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti škály ECR u českých studentů psychologie (N = 108) dle Lečbycha a Pospíšilíkové (2012)	59
Tabulka 9: Rozložení typů citové vazby dle škály ECR	60
Tabulka 10: Rozložení typů citové vazby dle škály ECR u žen ohrožených PPP.....	60
Tabulka 11: Hodnoty škály EMWSS.....	62
Tabulka 12: Hodnoty škály EMWSS u českých respondentů (N = 305) dle Dvorské (2018)	62
Tabulka 13: Rozložení respondentek na základě raných vzpomínek na vřelost a bezpečí a tendencí k PPP dle škály EMWSS a testu EAT-26	62
Tabulka 14: Výsledky Spearmanova korelačního koeficientu pro H1–H6	67
Tabulka 15: Výsledky Spearmanova korelačního koeficientu pro H7	67
Tabulka 16: Výsledky logistické regrese pro H8–H10.....	67

Seznam příloh

Příloha 1: Test jídelních postojů EAT-26

Příloha 2: Škála ECR

Příloha 3: Škála raných vzpomínek na vřelost a bezpečí EMWSS

Příloha 4: Ověření předpokladů logistické regrese

Příloha 5: Popis výzkumného souboru – dodatečné slovní odpovědi

Přílohy

Příloha 1: Test jídelních postojů EAT-26

Uved'te prosím možnost, která nejlépe vystihuje Vaše pocity. Označte jedno okénko v každém řádku.

		vždy	velmi často	často	někdy	zřídka	nikdy
1.	Mám hrůzu z nadváhy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Myslím si o sobě, že se příliš starám o jídlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopen/a přestat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Krájím jídlo na malé kousky.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Uvědomuji si kalorickou hodnotu jídla, které jím.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Vyhýbám se především jídlům s vysokým obsahem sacharidů (tj. pečivu, bramborám, rýži atd.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Mám pocit, že by ostatní chtěli, abych jedl/a více.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Po jídle zvracím.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Po jídle se cítím velmi provinile.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Myslím příliš často na to, že chci být štíhlejší.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Když cvičím, myslím na to, že spaluji kalorie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Lidé si myslí, že jsem příliš hubený/á.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Až příliš myslím na to, že mám na těle mnoho tuku.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Jídlo mi trvá déle než ostatním.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Vyhýbám se jídlům obsahujícím cukr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Jím dietní jídla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Cítím, že jídlo ovládá můj život.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Projevuji sebeovládání, pokud jde o jídlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Cítím, že mě ostatní nutí do jídla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Věnuji příliš mnoho času a myšlenek jídlu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Když sním sladkosti, cítím se nepříjemně.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	Držím diety.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Mám rád/a prázdný žaludek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Po jídle mívám nucení ke zvracení.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	Rád/a ochutnávám nová vydatná (bohatá) jídla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Příloha 2: Škála ECR

Následující tvrzení se týkají toho, jak se obecně cítíte ve vztazích (tzv. romantických, přátelských, s rodinnými příslušníky apod.). Ke každému tvrzení zvolte číslo z následující škály podle toho, jak moc s daným tvrzením souhlasíte či nikoli (od 1 – vůbec nesouhlasím, po 7 – úplně souhlasím).

		1	2	3	4	5	6	7
1.	Raději neukazuji druhým lidem, jak se opravdu cítím.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Dělá mi starosti, že bych mohl/a být odmítnut/a nebo opuštěn/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Jsem velmi spokojený/á, když jsem blízko druhým lidem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Dělám si starosti o své vztahy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Jakmile se někdo začne se mnou sblížovat, přistihnu se, jak se odtahuji pryč.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Trápí mě, že druhým na mně nezáleží tolik, jako mně na nich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Začnu se cítit nepříjemně, když se se mnou chce někdo těsněji sblížit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Velmi mnoho mě trápí, že ztratím své blízké přátele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Je mi nepříjemné, mám-li se otevřít druhým.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Často si přeji, aby moji blízcí přátelé ke mně cítili stejně silné city, jako já k nim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Chci se sblížit s druhými, ale stejně si udržuji odstup.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Chci se s druhými velmi těsně sblížit a to je někdy odežene pryč.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Jsem nervózní, když se se mnou chce někdo více sblížit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Trápí mě být sám/sama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Cítím se dobře, když sdílím své soukromé myšlenky a pocity s druhými.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Má touha být druhým lidem velmi blízko je někdy odhání pryč.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Snažím se vyhnout příliš blízkému kontaktu s druhými.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Potřebuji hodně ujišťování, že mým blízkým na mně opravdu záleží.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Je pro mě poměrně snadné sblížit se s druhými.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Někdy cítím, že se snažím přimět druhé, aby ukázali více citu, více oddanosti v našich vztazích, než obvykle dávají najevo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Je pro mě obtížné dovolit si být závislý/á na blízké osobě.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Netrápím se často nad tím, že bych mohl/a být opuštěn/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	Upřednostňuji nebýt příliš blízko druhým.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Nedaří-li se mi přimět blízkou osobu, aby o mě projevila zájem, začnu být naštvaný/á nebo rozzlobený/á.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Říkám svým blízkým osobám skoro o všem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	Myslím si, že se mí blízcí se mnou nechtějí sblížit tak, jak bych já chtěl/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	Obvykle probírám své problémy a obavy s blízkými lidmi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	Když kolem sebe nemám blízké osoby, cítím se poněkud úzkostný/á a nejistý/á.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29.	Cítím se dobře, když jsem závislý/á na druhých.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.	Jsem zklamaný/á, když mé blízké osoby nejsou poblíž v takové míře, jak bych rád/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.	Nevadí mi požádat blízké osoby o útěchu, radu nebo pomoc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.	Jsem zklamaný/á, pokud můj partner/ka není dostupný/á, když jej/ji potřebuji.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.	Pomáhá mi obrátit se na blízké osoby v těžkých chvílích.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34.	Když mě druzí lidé zavrhnou, cítím se hodně špatně.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.	Obracím se na blízké osoby ohledně řady věcí, včetně toho, abych získal/a útěchu a ujistění.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.	Vadí mi, když můj partner/ka tráví čas beze mě.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Postup vyhodnocení škály ECR

(Brennan, Clark & Shaver, 1998; Mikulincer & Shaver, 2010; podle Pospíšilíková, 2012)

1. Převrátíme hodnoty hrubých skóre u tvrzení č. 3, 15, 19, 22, 25, 27, 29, 31, 33 a 35. (Např. z 1 na 7, z 2 na 6, z 3 na 5 atd.)
2. Obě škály (vyhýbavosti/avoidance a úzkostnosti/anxiety) obsahují 18 tvrzení. Z toho škála vyhýbavosti je tvořena z 18 lichých tvrzení (1, 3, 5, atd.) a škála úzkostnosti se skládá ze všech 18 sudých tvrzení (2, 4, 6, atd.) Vypočteme tedy průměry u každé z nich, čímž dostaneme skór vyhýbavosti a skór úzkostnosti u daného jednotlivce.
3. Mikulincer & Shaver (2010) pro orientaci uvádí, že vyšší skóry odpovídají vyšší vyhýbavosti / úzkostnosti.
4. Brennan, Clark & Shaver (1998) vypracovali na základě vzorku o 1082 probandech vzorce pro výpočet a určení konkrétního typu vztahové vazby. U každého probanda tedy provedeme celkem 4 výpočty:
 - $SEC = avoidance * 3.2893296 + anxiety * 5.4725318 - 11.5307833$
 - $FEAR = avoidance * 7.2371075 + anxiety * 8.1776446 - 32.3553266$
 - $PRE = avoidance * 3.9246754 + anxiety * 9.7102446 - 28.4573220$
 - $DIS = avoidance * 7.3654621 + anxiety * 4.9392039 - 22.2281088$
5. Vždy nejvyšší hodnota z těchto čtyř vypočtených se stává určující pro vazebný styl daného jedince. SEC značí secure dimension, tedy jisté připoutání, FEAR značí fearful dimension, tedy bázlivé připoutání (neboli bázlivě vyhýbavou citovou vazbu), PRE značí preoccupied dimension, tedy zaujatý styl (neboli nadměrně zaujatou citovou vazbu) a DIS značí dismissing dimension, tedy distancovaný typ vazby (neboli distancovaně vyhýbavou citovou vazbu).

Příloha 3: Škála raných vzpomínek na vřelost a bezpečí EMWSS

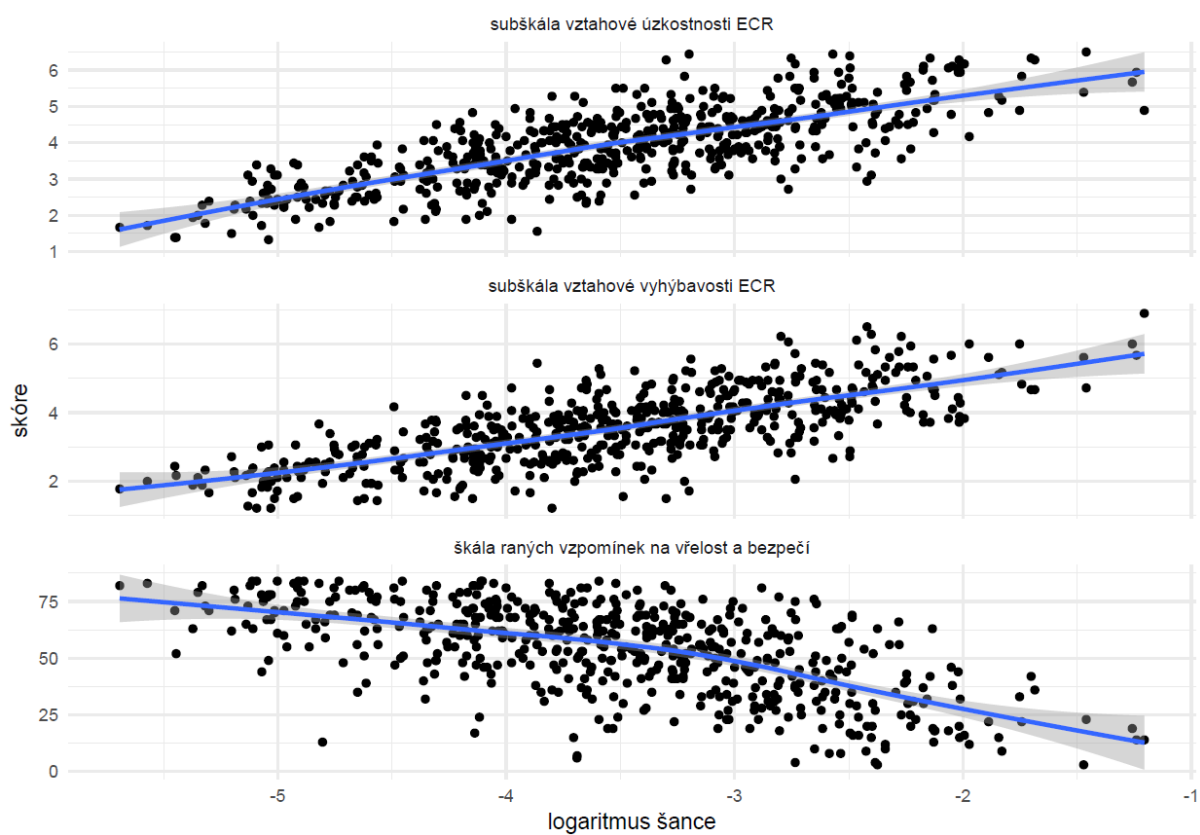
Tato škála se zaměřuje na některé vaše emoční vzpomínky z dětství. Všechny její položky se týkají nejruznějších pocitů, které jste možná zažívali, když jste byli mladí.

Přečtěte si, prosím, následující tvrzení a označte vždy zakroužkováním příslušné číslice vpravo, jak často jste se v dětství cítili daným způsobem.

		ne, nikdy	ano, ale jen zřídka	ano, někdy	ano, často	ano, většinou
1.	Měla jsem pocit jistoty a bezpečí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Cítila jsem, že mě druzí mají rádi takovou, jaká jsem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Cítila jsem, že mi druzí rozumí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Cítila jsem se s ostatními příjemně.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Cítila jsem, že mohu klidně sdílet své pocity a myšlenky s lidmi kolem sebe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Cítila jsem, že druzí jsou rádi v mé společnosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Věděla jsem, že když jsem nešťastná, mohu se spolehnout na empatii a pochopení svých blízkých.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Měla jsem pocit klidu a vyrovnanosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Cítila jsem, že jsem plnohodnotným a milovaným členem rodiny.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Když jsem byla nešťastná, mí blízcí mě vždy snadno utěšili.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Cítila jsem se milovaná.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Cítila jsem, že se mohu kdykoli obrátit na své blízké a požádat je o pomoc a o radu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Cítila jsem sounáležitost s lidmi kolem sebe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Cítila jsem, že mě lidé mají rádi, a to i tehdy, když jsem je něčím naštvala.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Cítila jsem se šťastná.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Měla jsem pocit, že jsem propojená s ostatními.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Věděla jsem, že když budu nešťastná, moji blízcí mi poskytnou útěchu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Cítila jsem, že na mně ostatním záleží.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Cítila jsem, že někam patřím.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Věděla jsem, že mohu počítat s pomocí blízkých, když jsem byla nešťastná.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Byla jsem uvolněná.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Příloha 4: Ověření předpokladů logistické regrese

Předpoklad linearity mezi prediktory a logaritmem šancí:



Předpoklad absence multikolinearity:

Collinearity Statistics	VIF	Tolerance
Skóre vyhýbavosti	1,24	0,807
Skóre úzkostnosti	1,13	0,881
EMWSS	1,36	0,735

Příloha 5: Popis výzkumného souboru – dodatečné slovní odpovědi

„Vyrůstala jsem v:“

- babičkou a dědou a od 8 let s rodiči
- Část života jsem vyrůstala v doplněné rodině, ale převážnou část v rodině neúplné.
- Do 11 v doplněné rodině, potom v “náhradní” – DD
- Do 12 let úplná rodina, od 12 let doplněná rodina
- Do 12 let v úplné rodině, od 12 do 17 let ve střídavé péči obou rodičů, od 17 do 19 v péči matky s navštěvami otce
- Do cca 13 let v úplné rodině, po rozvodu rodičů ve střídavé péči, více ale s matkou
- Do jedenácti let v úplné rodině, poté matka zemřela, otec si našel novou partnerku (měla také vlastní děti)
- Napůl první a druhá možnost, tatínek zemřel, když mi bylo 16.
- neúplné, doplněné a znovu neúplné
- Oba rodiče do 11 let poté rozvod, bydleli jsme s maminkou otce jsme navštěvovali pravidelně a často
- Rodiče se rozvedli, když mi bylo 13, převážnou část dětství jsem tedy vyrůstala s oběma rodiči, ale zároveň jsem poté v době dospívání žila s maminkou
- rozvedené rodině
- S jedním vlastním rodičem, druhý příležitostně navštěvoval, před mou pubertou se definitivně rozešli a druhého rodiče již nevidám
- s mamkou a babičkou, táta k nám jezdil několikrát do týdne
- S matkou a babičkou v jedné domácnosti
- Úplné rodině do 13 let následně neúplná
- V kombinované rodině, každý rodič měl svého partnera, 2 rodiny
- v neúplné rodině, později v pěstounské péči
- V průběhu mého dospívání se rodiče rozvedli.
- V úplné rodině do svých 15 let, pak sama s matkou kvůli rozvodu.
- V úplné rodině, na pár měsíců bez otce, po cca půl roce opět úplná rodina.
- Náhradní rodině

„Domnívám se, že jsem měla/mám potíže s jídlem.“

- Myslím, že se často pohybuji na hranici, ale jsem schopna jíst ve zdravé míře.
- Někdy
- Někdy možná jím trochu víc, než bych měla, mám jídlo ráda. Někdy zase nemůžu jíst, když jsem ve stresu. Ale umím se ovládat.
- nevím, občas se tak cítím, ale většinou mám dobrý vztah k jídlu
- Občas
- Občas kvůli agorafobii, kdy po jídle z nervů hned zvracím
- Obezita
- pouze když jsem ve stresu, depresích, v úzkosti
- Sezónní deprese a úzkost sebou občas nesou i nechutenství a podobně

- Víím, že bych měla jíst líp, ale s mou lehkou nadváhou se netrápím, jsem spokojenější, než když jsem to dříve řešila.

„V minulosti jsem trpěla některou poruchou příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání,...).“

- Anorexie, bulimie, záchvatovité prejidani
- Anorexie
- Anorexie
- Anorexie, bulimie, přejídání
- anorexie, ortorexie
- Anorexie, přejídání
- Asi bych to nazvala jako naprostý nezájím k tomu, že existuje něco jako hlad? Neřekla bych úplně anorexie, ale blížilo se to k tomu asi nejvíc.
- Bulimie
- Bulimie, alkoreltik (náhrada stravy alkoholem)
- Byla jsem spíše na hraně anorexie, ale nikdy to naštěstí nezaslo tak daleko
- Jedla jsem tabletky na hubnutí a to střídalo fáze stresového přejídání
- Jsem bez diagnózy, v trvalé nadváze a s přejídáním
- Mentálna anorexia
- Mentální anorexie
- Mentální anorexie
- mentální bulimie
- mentální bulimie, záchvatovité přejídání
- náběh na anorexii
- Ne, jen když mám blbou náladu tak tláskám jídlo (junk)
- nedagnostikované bingeating
- nejednalo se přímo o anorexii, ale v jednom období k jsem měla k té anorexii dost blízko
- Nemám to diagnostikované, ale myslím, že tím prejidáním jsem trpěla/trpím.
- Netrpěla, ale držela jsem drastické diety, či zvracela jídlo
- Neumím sama posoudit
- Okolo 13 obsese anorexií, přejídání
- Ortorexie, bulimie, záchvatové přejídání
- Prejidani a nabeh na mentalni anorexii
- Problem s prijmem potravy - zdravotni. O nekolik let pozfeji naopak velké prejidani
- Přejídání
- Při velké změně a náhlému stresu jsem se obracela k jídlu
- řekla bych že "začínající" bulimie, bylo to jen velmi výjimečně, ale stávalo se to
- Spíše jen nezdravý vztah k jídlu pramenící z nedostatku informací
- Záchvatové přejídání
- záchvatovité prejidani

- Zachvatovité prejidani, jidlo jako utecha za vsechno, co se mi v mladi delo. Stres, sikana,...
- Zachvatovité přejídání
- Záchvatovité přejídání
- Záchvatovité přejídání, ale naopak i vyhýbání se jídlu po celý den; odmítání jídla
- Záchvatovité přejídání, bulimie
- záchvaty přejídání, bulimie, možná mentální anorexie - nediagnostikovaná

„V současnosti trpím některou poruchou příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání,...).“

- Jsem bez diagnózy v trvalé nadváze a s přejídáním
- Jsem obézní, a v minulosti jsem měla problémy s trávením kvůli stresu, ale nikdy jsem netrpěla žádnou PPP
- jsem v relapsu, ale nemyslím si, že by se dala úplně definovat jedna ppp (asi blíže k bulimii)
- když jsem nervozní, často se přejídám. Mám kvůli tomu potíže s váhou
- Mam doted problemy s jidlem, ze nevim, kdy mam dost. Ale cim jsem starsi, tim vic se snazim prijít zas na spravnou cestu.
- mám pocit, že to ještě není porucha, ale rizikové chování ano
- Mentální anorexie/bulimie
- nediagnostikované bingeating
- Nedovedu přesně specifikovat
- Nemam to diagnostikované, ale rekla bych, že tím zachvatovitým prejidáním možná trpím.
- Ortorexie
- poruchou přímo ne, ale mám v poslední době hodně stresy (škola + tato hrozná doba) tak málo jím a taky jsem za poslední dobu hodně zhubla
- Příliš přemýšlím nad jídlem, cítím se po jídle provinile
- záchvatové přejídání
- Zachvatovité přejídání
- Záchvatovité přejídání
- Záchvatovité přejídání, bulimie
- ZP

„Pokud jste uvedla, že jste trpěla či trpíte poruchou/poruchami příjmu potravy, uveďte prosím celkovou délku trvání Vašich obtíží.“

- Pár měsíců
- Pár let
- Naštěstí v radech mesicu
- Bulimie krátce, alkorektik na různé fáze (někdy týden, někdy půl roku)
- Od dětství
- Od té doby, co se pamatuji

- Roky
- Furt
- Chvilková
- Od puberty přibližně do 18 let
- Vždy to bylo jen párkrát do roka
- Celou dospělost (cca 10 let), ale ne soustavně, spíše nárazově
- Do asi 17 let
- Odjakziva
- Druhý stupeň základní školy
- S jídlem bojuji celý život, na vysoké se k tomu přidala vysoká konzumace alkoholu, což všechno mimo jiné vedlo k vyhoření. Celkově mám v životě období, kdy se o sebe vůbec nestarám, piju hodně alkohol, nesportuji, jím kdy chci co chci, což mě pak dožene po psychické stránce a začnu se o sebe starat, jist pravidelně normální porce, omezím alkohol a žiju zkrátka tak, jak bych ideálně měla pořád.
- Záleží to od druhu potravy, niekedy to trvá dlhší, niekedy kratší čas, kým potiaže ustúpia
- 2 roky akutně, dalších pár let jen s mírnými obtížemi, doposud se však hlídám
- 3 roky intenzivně, 10 let nárazově
- Zachvatovite prejidani obcas, ale ne diagnostikovana PPP
- Asi od konce střední školy, kdy už nemám pravidelnější stravu (školní obědy, svačiny na den)
- Přesně si nepamatuji, v průběhu několik let v období puberty, ale jen nárazově (možná jedenkrát měsíčně??), rozhodně na pravidelné bázi